FACULTE DE MÉDECINE DE PARIS

née 1882 — N° 15

THÈSE

POUR

E DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le 16 *janvier* 1882, *à* 1 *heure.*

Par S. MOUREY

Né à Besançon (Doubs), le 29 septembre 1848

Licencié ès-sciences physiques

DES KYSTES DE LA GRANDE LÈVRE

ET DE LEUR TRAITEMENT

PAR LA LIGATURE ÉLASTIQUE

Président : M. TILLAUX, *professeur.*

Juges : MM. TRELAT, *professeur.* TERRILLON, MONOD, *agrégés.*

Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

PARIS

PARENT, IMPRIMEUR DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

A. DAVY, Successeur

31, RUE MONSIEUR-LE-PRINCE, 31

1882

FACULTÉ DE MEDECINE DE PARIS

Doyen..... M. BÉCLARD.

Professeurs.....	MM.
Anatomie	SAPPEY.
Physiologie	BÉCLARD.
Physique médicale	GAVARRET.
Chimie organique et chimie minérale	WURTZ.
Histoire naturelle médicale	BAILLON.
Pathologie et thérapeutique générales	BOUCHARD.
Pathologie médicale	JACCOUD. PETER.
Pathologie chirurgicale	GUYON. DUPLAY.
Anatomie pathologique	X.
Histologie	ROBIN.
Opérations et appareils	LE FORT.
Pharmacologie	REGNAULD.
Thérapeutique et matière médicale	HAYEM.
Hygiène	BOUCHARDAT.
Médecine légale	BROUARDEL.
Accouchements, maladies des femmes en couche et des enfants nouveau-nés	PAJOT.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	LABOULBÈNE.
Pathologie comparée et expérimentale	VULPIAN.
Clinique médicale	SEE (G.) LASÈGUE. HARDY. POTAIN.
Maladies des enfants	PARROT.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale	BALL.
Clinique des maladies syphilitiques	FOURNIER.
Clinique des maladies nerveuses	CHARCOT.
Clinique chirurgicale	RICHET. GOSSELIN. VERNEUIL. TRÉLAT.
Clinique ophthalmologique	PANAS.
Clinique d'accouchements	DEPAUL.

DOYEN HONORAIRE : M. WURTZ.

Professeurs honoraires :

MM. le baron J. CLOQUET et DUMAS.

Agrégés en exercice.

MM.	MM.	MM.	MM.
BERGER.	GAY.	LEGROUX	REMY.
BOUILLY.	GRANCHER.	MARCHAND.	RENDU.
BOURGOIN	HALLOPEAU.	MONOD.	RICHET.
BUDIN.	HENNINGER.	OLLIVIER.	RICHELOT.
CADIAT.	HANRIOT.	PEYROT.	STRAUS.
DEBOVE.	HUMBERT.	PINARD.	TERRILLON.
DIEULAFOY.	LANDOUZY.	POZZI	TROISIER.
FARABEUF, chef des travaux anatomiques.	JOFFROY.	RAYMOND.	
	DE LANESSAN.	RECLUS.	

Secrétaire de la Faculté : A. PINE

Par délibération en date du 9 décembre 1789, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A M. E. BICHAT

Professeur à la Faculté des sciences de Nancy

Témoignage de reconnaissance.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

M. TILLAUX

Professeur agrégé
Membre de l'Académie de médecine
Chirurgien de l'hôpital Beaujon

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX

M. ALPHONSE GUÉRIN

M. LE PROFESSEUR G. SÉE

M. LE PROFESSEUR GOSSELIN

A M. CHÉRON

Médecin de Saint-Lazare

DES

KYSTES DE LA GRANDE LÈVRE

ET DE LEUR TRAITEMENT

PAR LA LIGATURE ÉLASTIQUE

INTRODUCTION.

Les kystes des grandes lèvres ont été divisés en deux classes : ceux qui intéressent la glande vulvo-vaginale ou son conduit et ceux qui, respectant l'appareil glandulaire, siègent à différentes hauteurs entre l'extrémité inférieure de la grande lèvre et l'anneau inguinal. Ces derniers sont rares, les autres relativement fréquents.

L'occasion nous ayant été offerte, dans le cours de cette année, d'observer diverses variétés de kystes vulvaires, nous avons pensé qu'il ne serait peut-être pas inutile de résumer, dans un court travail, ce qui avait été écrit sur la question et ce que nous avions vu.

Les documents qui nous ont servi sont pour la plupart anciens, puisque dans les traités de pathologie

externe ou les dictionnaires qui sont en voie de publication, les affections de la vulve n'ont pas encore été décrites. Nous avons beaucoup emprunté au mémoire d'Huguier, à la thèse de concours d'Aubenas et enfin à la thèse inaugurale de Leroux.

Avant d'entrer en matière, qu'il nous soit permis d'offrir à M. le Dr Chéron l'expression de notre profonde gratitude pour la bienveillance qu'il nous a toujours témoignée et pour les conseils éclairés qu'il n'a cessé de nous prodiguer.

ANATOMIE.

Nous décrirons la grande lèvre, le sac dartoïque et la glande dite vulvo-vaginale, laissant de côté les autres organes dont l'ensemble constitue la vulve.

Grandes lèvres. — Les grandes lèvres sont deux replis de la peau qui s'étendent de la partie inférieure et médiane du mont de Vénus à la partie antérieure et médiane du périnée. Un sillon, très accusé et constant, dit sillon génito-crural, les sépare de la partie correspondante de la cuisse. Un autre sillon profond et rectiligne, appelé quelquefois sillon nympho-labial, existe entre les grandes et les petites lèvres.

Leur face externe est convexe, leur face interne, plane. Cette dernière diffère en outre de la précédente par sa couleur rouge ou rosée. Le bord antérieur ou bord libre est arrondi, il est recouvert de poils ainsi que la face externe.

Les glandes sébacées qu'on rencontre dans la peau des grandes lèvres sont pour la plupart volumineuses et multilobées, elles s'ouvrent dans les follicules pileux quand il y en a dans la région qu'elles occupent ou directement sur la peau. Les glandes sudoripares sont assez rares, mais extrêmement volumineuses. On les trouve seulement sur la face externe (Sappey).

Sous la peau et intimement unis à elle, on trouve des faisceaux musculaires d'une grande minceur. Ces faisceaux qui ne répondent qu'à la face externe des grandes lèvres et à leur bord antérieur sont formés de fibres musculaires lisses ; ils constituent le dartos de la femme (Sappey).

Au-dessous de la peau et de la couche musculaire qui la double, existe une première couche de tissu cellulo-adipeux, plus profondément une sorte de sac élastique, appelé sac dartoïque par la plupart des auteurs, et, dans l'intérieur de celui-ci, du tissu adipeux en grande abondance.

Le sac dartoïque n'est bien connu que depuis le travail de Broca. C'est la description donnée par cet auteur que nous reproduirons en l'abrégeant.

Qu'on se figure une bourse membraneuse à goulot long et étroit, qu'on l'introduise par la pensée entre a peau et l'aponévrose superficielle, de telle sorte que son fond soit dirigé vers la fourchette et que son ouverture dirigée en haut et en dehors vienne aboutir à l'anneau inguinal externe, et l'on aura une idée assez exacte du double feuillet que je vais décrire.

Ce feuillet prend naissance au pli de l'aine, au-devant de l'orifice de l'anneau inguinal externe, ses

fibres proviennent en grande partie du fascia superficialis de la cuisse et de l'abdomen ; quelques-unes d'entre elles cependant naissent directement de l'épine pubiennne et du pilier externe de l'anneau ; ainsi constituées, ces fibres descendent obliquement de haut en bas et de dehors en dedans, interceptant une cavité de forme conique dont la partie la plus étroite dirigée en haut reçoit aisément le doigt indicateur, devenant de plus en plus large à mesure qu'il descend, ce sac membraneux s'aplatit d'avant en arrière et se place dans la grande lèvre qu'il remplit entièrement ; au niveau de la fourchette vulvaire, ses deux parois opposées se rapprochent, se confondent, et ne forment plus qu'un feuillet qui se continue avec le fascia superficialis des parties latérales de l'anus.

La face antérieure de ce sac membraneux est libre de toute adhérence : il suffit de quelques tractions pour l'isoler de la peau dont elle est séparée seulement par quelques vésicules adipeuses. On opère aisément cette séparation avec le manche du scalpel.

La face postérieure du sac est encore libre d'adhérence dans sa moitié supérieure ; mais dans sa moitié inférieure elle est adhérente à l'aponévrose superficielle.

Le bord externe, à partir de l'insertion du corps caverneux, adhère à la branche ischio-pubienne ; le bord interne est libre dans la moitié supérieure ; dans sa moitié inférieure, il adhère à la muqueuse de la grande lèvre.

La cavité du sac est remplie de graisse, même chez les sujets les plus maigres ; le ligament rond après

avoir jeté sur le périoste du pubis quelques-unes de ses fibres, s'engage dans le goulot du sac, le parcourt dans toute sa longueur en se divisant en plusieurs cordons d'un blanc nacré, et descend, toujours contenu dans la cavité du sac, jusque dans l'épaisseur de la grande lèvre où l'on cesse de pouvoir le suivre.

Broca s'attache ensuite à démontrer l'analogie qui existerait entre ce sac membraneux et le dartos de l'homme. Il indique en terminant le rôle important que joue le dartos de la femme dans les maladies de la grande lèvre : les hernies inguinales doivent inévitablement s'engager dans sa cavité, les tumeurs connues sous le nom d'hydrocèles de la femme, qui, en réalité, sont des kystes de la grande lèvre procédant de bas en haut et parfaitement indépendantes du canal de Nuck, ces tumeurs, dit-il, doivent être situées dans l'intérieur du dartos ; cela seul peut expliquer l'uniformité de leurs rapports et l'identité de leur forme qui est celle d'un ovoïde à bout supérieur et externe. Enfin, les épanchements de sang qui ont lieu dans la grande lèvre, à la suite de contusion, et les abcès de la vulve donnent lieu à des tumeurs qui restent circonscrites dans les limites exactes du sac dartoïque.

M. Richet pense que le nom de sac dartoïque est impropre et M. Sappey après avoir montré, que le sac logé dans la grande lèvre est exclusivement composé de fibres élastiques, dit qu'il n'y a aucune analogie à établir entre un muscle et un sac membraneux élastique. Ce sac a pour analogue chez l'homme l'appareil

élastique auquel se trouvent suspendus les bourses et le pénis.

Les artères des grandes lèvres viennent de la branche périnéale inférieure et des honteuses externes supérieure et inférieure, les veines forment deux plans : les unes accompagnent ces artères ; les autres se dirigent en arrière, s'unissent aux veines du bulbe correspondant, puis rampent avec celles-ci sur les parties latérales du vagin.

Les vaisseaux lymphatiques extrêmement multipliés se rendent exclusivement aux ganglions du pli de l'aine.

Les nerfs proviennent de la branche genito-crurale du plexus lombaire et de la branche périnéale du nerf honteux interne.

Petites lèvres. — Elles sont formées par un repli de la peau dans lequel on ne trouve ni bulbes pileux, ni glandes sudorifères, ni fibres musculaires lisses. Une couche celluleuse riche en fibres élastiques relie l'une à l'autre les deux moitiés du repli qui les constitue. Elles se dédoublent au moment de l'accouchement, lorsque le fœtus franchit la vulve et aussi, comme nous le verrons plus loin, quand des tumeurs se développent dans leur voisinage.

landes vulvo-vaginales. — Au point de vue historique nous dirons simplement que Plazzoni est le premier qui ait indiqué la présence de deux trous borgnes situés de chaque côté à l'entrée du vagin et que la première description précise de la glande a été

donnée par Gaspard Bartholin. Les auteurs modernes semblaient ignorer l'existence des glandes vulvo-vaginales, lorsque Huguier vint de nouveau les signaler à l'attention des anatomistes (1841) en leur donnant le nom qu'elles portent aujourd'hui. Nous devons ajouter cependant que Huguier avait été devancé en 1837 par Grimaud et Martin Saint-Ange (Histoire de la génération de l'homme), en 1838 par Taylor et Knox et enfin par Tiedemann en 1840.

Ces glandes, dit M. Sappey, sont situées sur les parties latérales et antérieures du vagin, à un centimètre environ au-dessus de son orifice, dans l'espace angulaire que présente de chaque côté la cloison recto-vaginale.

Le volume varie de celui d'un pois à celui d'une amende ; le poids de 0 gr. 70 à 1 gr. 10. La forme est en général celle d'un ovoïde aplati de dehors en dedans ; la face externe de cet ovoïde tournée en bas et en dehors vers la branche de l'ischion est en rapport avec des veines, avec la branche périnéale du nerf honteux interne, le constricteur du vagin et quelques fibres du sphincter anal. La face interne dirigée en haut adhère au vagin. Lorsqu'on dissèque la glande de dedans en dehors, on trouve entre sa face interne et la cavité vaginale trois membranes : la muqueuse vaginale, la tunique propre du vagin et l'expansion qu'envoie sur son extrémité inférieure l'aponévrose moyenne du périnée. Cela explique pourquoi les abcès de cet organe ne s'ouvrent jamais dans la cavité vaginale (Huguier).

On peut l'explorer en la serrant entre l'indicateur

introduit dans le vagin et le pouce appliqué sur le bord inférieur de la grande lèvre.

Cette glande est difficile à découvrir sur le cadavre, dit M. Tillaux (Anat. topographique p. 959), et m'a paru manquer souvent, je l'ai plusieurs fois cherchée en vain.

La couleur est d'un blanc rosé et la consistance comparable à celle des glandes salivaires ou des glandes lacrymales.

Elle est entourée d'une enveloppe fibro-celluleuse dont la surface interne fournit des prolongements qui se divisent de plus en plus pour séparer les lobes et les lobules.

La structure de ces glandes en grappe est identique avec celle des glandes bulbo-uréthrales auxquelles elles correspondent. Elles se composent de lobes, de lobules et de granulations ou vésicules glandulaires qui ont de 0 mm. 3 à 0 mm. 5 de diamètre et sont formées d'une membrane propre, tapissée d'un épithélium cylindrique. De ces granulations partent des canalicules de plus en plus gros et de moins en moins nombreux puis un canal unique (quelquefois double à l'origine) qui sort de la glande vers son extrémité antérieure, se dirige en haut et en dedans et va s'ouvrir, après un trajet de 7 à 15 mm. immédiatement en dehors de l'orifice vaginal dans l'angle rentrant que forme avec les parois de la vulve l'hymen ou les caroncules inférieures, un peu au-dessus du diamètre tranverse de l'ouverture vaginale. L'orifice est étroit, plus étroit que le canal et il n'est pas toujours facile, dit Huguier, de le découvrir et de le sonder. Il faut,

dans certains cas, écarter en dehors la petite lèvre et attirer les caroncules du côté opposé, on voit de suite, à l'endroit où s'ouvre le canal, se former un enfoncement ombilical.

Chez presque toutes les femmes, l'entrée de ce conduit est entourée d'un cercle vasculaire qui par sa couleur d'un rouge vif, sert à la distinguer des parties environnantes.

Les parois du conduit sont minces, transparentes, affaissées sur elles-mêmes, leur épaisseur est égale à un quart de millimètre ; on y distingue trois couches : une interne ou muqueuse à épithélium pavimenteux, une moyenne ou musculaire, une externe ou celluleuse.

Le liquide sécrété par la glande est un mucus épais, filant et incolore. Nous verrons plus loin dans quelles circonstances il peut être coloré, il sert à lubrifier la vulve au moment du coït. On sait que des attouchements ou même des désirs vénériens suffisent pour déterminer une sécrétion très abondante.

La glande de Bartholin reçoit quelques artérioles de la clitoridienne ; ses veines se rendent dans le plexus du vagin et du bulbe, les lymphatiques vont se perdre dans les ganglions des parties latérales du vagin et du rectum. Aucun d'eux ne se rend dans les ganglions inguinaux. Les nerfs viennent du rameau profond de la branche périnéo-vulvaire du nerf honteux interne.

Nous avons dit que le volume de la glande est extrêment variable : dans l'enfance elle existe à peine, à la puberté elle est de la grosseur d'un pois, puis elle

augmente de volume pendant l'âge adulte et s'atrophie ou diminue notablement après la ménopause.

Il n'est pas rare de trouver l'une beaucoup plus développée que l'autre; la plus grosse appartiendrait toujours d'après Huguier au même coté que l'ovaire le plus volumineux, de sorte que cette glande suivrait exactement le développement des ovaires.

Elle est toujours plus développée chez les femmes qui abusent des plaisirs de l'amour; chez les filles publiques elles s'hypertrophie, aussi les maladies de la glande sont-elles fréquentes chez elles et rares chez les autres femmes. C'est un fait signalé par Parent-Duchatelet, sur lequel M. Richet a insisté et que l'on peut constater aisément à Lourcine ou à Saint-Lazare.

Disons enfin, pour ne rien omettre, que l'on rencontre souvent des lobules glandulaires disséminés dans les muscles ou le tissu cellulaire voisin et tenant à la glande par un petit prolongement, soit de sa substance, soit seulement de son enveloppe et de ses vaisseaux.

HISTORIQUE.

Les travaux les plus remarquables qui ont paru sur les kystes de la grande lèvre sont les mémoires de Regnoli (de Pise), de Boys de Loury, de Robert, de Vidal (de Cassis), de Huguier, et divers articles de Velpeau, dans le Dictionnaire en 30 volumes.

Avant eux, on trouve dans la science quelques faits

épars dont l'interprétation peut être discutée. Eustache en 1564 mentionne des cavités plus ou moins grandes sculptées dans l'épaisseur du vagin, flexueuses et pleine de mucus. Dans les opérations chirurgicales de Th. Bonnet rapportées en 1670 par Potier, il est question « de deux tumeurs du volume d'un œuf situées au col externe de la matrice, qui s'étaient formées de longue main et sans aucune incommodité qu'un sentiment de pesanteur; incisées avec un rasoir elles laissèrent écouler une matière grossière, gluante, entièrement semblable au blanc d'œuf. » (Tome IV, p. 492).

Boyer dans son « Traité des maladies chirurgicales et des operations qui leur conviennent (1831) » s'occupe des tumeurs de la grande lèvre ; après avoir décrit les abcès à répétition il dit : « lorsque ces abcès se sont reproduits un certain nombre de fois, qu'ils ont une grande étendue et qu'ils montent entre le vagin et la paroi correspondante du bassin, la guérison complète est quelquefois impossible. Une dame fut attaquée d'un phlegmon à la grande lèvre gauche, l'inflammation finit par un abcès qui fut ouvert avec le bistouri, l'ouverture étant trop petite le pus ne s'écoula qu'incomplètement; les parois du foyer ne se réunirent pas et la tumeur reparut deux mois après.

Dans les deux années suivantes, l'abcès se reproduisit tous les deux ou trois mois, tantôt à l'époque des règles, tantôt quand la malade faisait un voyage, même de courte durée, chaque fois il s'ouvrait de lui-même et quatre ou cinq jours après il n'en restait plus d'autres traces, qu'une dureté qu'on sentait dans

l'épaisseur de la lèvre en la pinçant entre le pouce et l'indicateur. Cette dame m'ayant consulté, je lui dis que pour pour la guérir radicalement il fallait ouvrir l'abcès dans toute son étendue et je l'engageai à me faire avertir lorsque cet abcès reviendrait, ce qui ne tarda pas à arriver. Dans un voyage qu'elle fit de Rouen à Paris la grande lèvre se tuméfia considérablement et devint douloureuse ; peu de jours après la fluctuation y fut manifeste.

Je pratiquai sur sa face interne une incision longitudinale. Cette incision, aussi longue que la tumeur, donna issue à une grande quantité d'un liquide visqueux jaunâtre et qui avait beaucoup plus de ressemblance avec la matière que contiennent certains kystes qu'avec le pus de phlegmons. » Boyer ajoute plus loin que la cicatrisation ne fut jamais complète et qu'il resta une ouverture dans laquelle on pouvait introduire le bout du petit doigt en donnant issue à un peu de mucosité glaireuse. Il est très probable que Boyer avait eu à faire à un kyste du canal excréteur de la glande.

Cruveilhier dit, dans son anatomie, avoir observé de chaque côté de la vulve, une poche fibro-séreuse, lisse, contenant un liquide muqueux et transparent. Un canal étroit parti de cette petite tumeur se portait directement à l'entrée du vagin, il n'a pu découvrir l'orifice de ce canal qui était probablement oblitéré. C'était là un double kyste de la glande de Bartholin.

Regnoli (de Pise) décrit cinq variétés de kystes de la vulve :

1° Epanchement séreux dans le détritus péritonéal

qui accompagne le ligament rond; 2° épanchement dans l'intérieur du canal de Nuck, ce canal ayant persisté et conservé sa communication avec la cavité péritonéale, variété analogue à l'hydrocèle congénitale de l'homme; 3° épanchement dans le canal de Nuck dont l'orifice péritonal est oblitéré; 4° épanchement séreux dans un kyste développé dans le tissu cellulaire qui enveloppe l'extrémité terminale du ligament rond; 5° l'épanchement se fait dans la avité d'un ancien sac herniaire dont le col est oblitéré au niveau de l'anneau inguinal.

Regnoli ne parle pas des kystes à contenu muqueux, pàr contre, il admet des variétés de kystes séreux dont l'existence n'est pas prouvée.

Boys de Loury (observations sur les kystes et les abcès des grandes lèvres) paraît ignorer l'existence de l'appareil glandulaire, il a vu pourtant des kystes qui siégeaient manifestement dans la glande ou dans son conduit. J'ai observé, dit-il, deux kystes accolés de telle façon que l'extrémité de l'un paraissant à la grande lèvre, on put croire en avoir débarrassé la la malade après l'avoir ouvert, ce ne fut que plus tard que j'aperçus que du côté du fond de ce kyste déjà ouvert, il y avait un petit orifice conduisant à une poche plus volumineuse, suivant les parois du vagin et qui laissait couler depuis l'opération une humeur épaisse; alors ayant fendu toute cette poche dans la direction du vagin et ayant écarté les bords de cette plaie de manière que le fond du kyste parut à l'intérieur, la malade obtint guérison complète.

Ces tumeurs sont désignées par Boys de Loury sous

le nom de kystes en chapelet; il est à supposer, comme le dit Hugier, que la tumeur antérieure était formée par le canal excréteur et la seconde par une granulation de la glande.

Dans un autre endroit, le même auteur paraît avoir pris l'hypersécrétion glandulaire pour un kyste qui se serait ouvert spontanément. Il arrive communément, écrit-il, que ces kystes s'ouvrent seuls par suite d'inflammation, presque toujours l'ouverture au lieu d'être située à la partie la plus déclive est à la partie moyenne. Le kyste ne se vide pas en totalité, il se remplit et se vide alternativement et il finit par y avoir un suintement continuel qui devient une incommodité fort désagréable. Le siège des kystes de la vulve serait, pour Boys de Loury, le tissu cellulaire.

Vidal (de Cassis) (Pathologie externe, t. V) signale, comme pouvant donner naissance aux kystes de la vulve : 1° les abcès, 2° les tumeurs sanguines, 3° le développement exagéré d'une cellule, 4° enfin la formation d'une bourse séreuse.

Huguier, qui a donné une analyse du travail de Vidal, reconnait que les quatre causes signalées par l'auteur peuvent être la source de kystes sur divers points de l'économie, mais il pense qu'à l'égard des kystes vulvaires, il a singulièrement exagéré la fréquence des unes, l'importance des autres et qu'il en est qu'on doit entièrement rejeter. Les chirurgiens, dit-il, ont jusqu'à ce jour méconnu le mode de développement, la nature intime et le siége précis de la plupart des kystes de la vulve, qui sont muqueux à proprement parler et résident dans l'une des portions

de l'appareil glanduleux vulvo-vaginal. Ces kystes appartiennent à la classe de ceux dont les parois préexistent normalement à la matière épanchée dans leur cavité. C'est pour avoir ignoré ces faits que l'histoire des tumeurs enkystées de cette région est restée incomplète et entachée d'erreurs.

Aussi, le savant chirurgien de Lourcine, dans l'important mémoire, lu par lui à l'académie de médecine en 1846, s'applique à décrire avec un soin minutieux les kystes de la glande vulvo-vaginale et de son conduit. Nous aurons à citer son nom à chaque page quand nous arriverons à parler de cette variété de kystes.

Quant aux épanchements sanguins qui apparaissent au niveau de la vulve et de la grande lèvre en particulier, ils ne sont bien étudiés que depuis le commencement de ce siècle.

Les travaux de Boer et d'Audibert (1812) fixèrent tout d'abord l'attention. En 1830, Deneux donna une monographie complète dans laquelle il réunit 60 cas environ (Mémoire sur les tumeurs sanguines de la vulve et du vagin). Peu après Velpeau consacra un long article du Dictionnaire en 30 volumes à ce qu'il appela thrombus de la vulve.

Vidal (de Cassis) et Nélaton signalèrent la grande fréquence du thrombus dans l'état puerpéral, mais laissèrent de côté la question purement chirurgicale.

On trouvera à l'index bibliographique, placé à la fin de notre travail, les titres des publications récentes, mémoires, thèses qui ont paru sur ce sujet.

DEFINITION. — DIVISION.

Les kystes, a dit Broca (Traité des tumeurs t. II, p. 12, 1869), sont des tumeurs chroniques constituée par des cavités closes anormales ou anormalement développées, dont les parois sont en rapport de continuité par leur surface extérieure avec les tissus vasculaires environnants, et en rapport de simple contiguité par leur surface interne avec une substance le plus souvent liquide ou molle, rarement solide, quelquefois organisée et vivante, mais toujours indépendante de la circulation générale.

Il divise les kystes en :

1° Kystes progènes (kystes naturels de Hunter, kystes préexistants de Cruveilher).

2° Kystes néogènes, qui n'ont pas leur siège dans une cavité préexistante et dont la paroi par conséquent est de formation entièrement nouvelle.

Les kystes de la grande lèvre qui rentrent dans première catégorie sont :

a. Les kystes séreux qu'on a désignés sous le nom d'hygroma, d'hydrocèle.

b. Ceux qui ont pour siège les follicules sébacés.

c. Les kystes muqueux se développant ;

Soit dans les granulations de la glande Bartholin,

Soit dans son canal excréteur,

Soit dans les follicules muqueux de la vulve.

Parmi les kystes néogènes nous trouvons :

a. Ceux qui proviennent d'un abcès.

b. Les hématomes ou thrombus.

Disons dès maintenant que le plus souvent un seul côté de la vulve est atteint et c'est généralement le côté gauche.

Boys de Loury avait signalé cette fréquence à gauche; Huguier a vérifié le fait en ce qui concerne les kystes de l'appareil glandulaire; et les observations de M. Chéron montrent que les kystes de la grande lèvre qui se développent en dehors de la glande ne se comportent pas différemment.

La vraie cause de cette prédominance à gauche n'est pas connue; les accouchements paraissent n'avoir pas d'influence et l'explication de Malgaigne n'est pas acceptée par tout le monde : « dans le coït, dit-il, les droitiers appuient plus à droite et par conséquent sur le côté gauche de la vulve » (Tillaux, anat. topogr.). Huguier l'attribuait à la pression de l'S iliaque sur la veine iliaque gauche.

KYSTES SÉREUX.

Parmi les kystes affectant la grande lèvre, Vidal de Cassis a décrit (Traité de path. ext. vol. V, p. 737) une sorte d'hygroma ou kyste séro-synovial. Je suis porté à penser, dit-il, que chez les femmes qui par goût, par passion ou par métier ont souvent usé du coït, je suis porté à croire que chez ces femmes, le frottement détermine la formation d'une bourse, comme on l'observe sur certains points de la peau qui sont soumis à des frottements répétés. Cette bourse pouvant

devenir le siège d'une hydropisie, on a un hygroma. Huguier conteste l'explication et le fait : jamais un anatomiste n'a rencontré de capsule séro-synoviale, écrit-il, page 760 ; et plus loin « la nature, afin de rendre les frottements copulateurs moins rudes et moins pénibles a eu la sage précaution d'entourer le membre viril d'un fourreau qui jouit d'une laxité et d'une mobilité telles que l'organe se meut et se frotte plutôt contre et dans sa gaine, que contre les organes de la femme » ; aussi « quelles que soient les passions et les habitudes d'une femme, jamais les frottements qui ont lieu dans l'épanchement sexuel ne sont assez énergiques, répétés et surtout continués, pour déterminer d'abord la formation d'une bourse séro-synoviale, et ensuite sa transformation en un kyste. »

Ce n'est pas à dire pour cela que les excès copulateurs ne soient pas susceptibles de provoquer le développement de kystes vulvo-vaginaux, seulement le siège de ces kystes serait tout autre, ils résideraient, pour la plupart, d'après Huguier, dans l'appareil glanduleux vulvo-vaginal.

On rencontre chez la femme des kystes plus ou moins mobiles, globuleux ou ovalaires, élastiques, fluctuants, à parois assez épaisses, à contenu séreux situés à différentes hauteurs entre l'extrémité inférieure de la grande lèvre et le canal inguinal, et quelquefois occupant tout l'intervalle compris entre ces deux points. La plus grande obscurité règne sur leur nature et sur leur siège.

Dans l'origine on désignait sous le nom générique d'hydrocèle de la femme tous les amas de liquide sé-

reux, développés accidentellement dans la grande lèvre.

Cet amas de liquide peut se produire dans un ancien sac herniaire où l'intestin ne s'engage plus depuis longtemps, et dont le collet s'est oblitéré. L'histoire de ces kystes se rattache à celle des hernies. Dans le travail de Debrade (Etude sur l'hydrocèle des sacs herniaires anciens (thèse de Paris 1878) on trouve relatés plusieurs faits intéressants observés dans le service de M. le professeur Gosselin. Dans aucun des cas signalés la tumeur n'occupait la grande lèvre; mais la chose pourrait avoir lieu, et dans ce cas, on trouverait les éléments de diagnostic dans les commémoratifs et la marche de l'affection.

On cite des exemples d'hydrocèle proprement dite dans un diverticule du péritoine sans coexistence de hernie antérieure ou actuelle. Le fait a été observé chez une femme, dans la région de l'anneau crural par S. Osborn (the Lancet, vol. I, p. 473. 1879). Nous ne connaissons pas d'observation analogue se rapportant à la grande lèvre.

Le siège des kystes séreux de la vulve serait très souvent pour Regnoli et Bends, le canal de Nuck. Cette assertion paraît discutable, puisque l'existence de ce prolongement péritonéal qui accompagnerait le ligament rond a été mise en doute. (Velpeau, S. Duplay). Cependant on trouve, dans plusieurs travaux récents, de nouveaux exemples d'hydrocèles développées chez la femme, au niveau de la grande lèvre. Parmi les plus remarquables, nous citerons ceux qui sont rapportés sous les titres suivants :

Hydrocèle du ligament rond de l'utérus (Idrocele del cordone rotondo dell'utero), par le Dr Severi; Rivista clinica; n° 1, p. 10, 1873).

Hydrocèle enkystée du canal de nuck, par O. Block. (Hospitals-Tidende, 9, 1873).

Collection séreuse de la partie inférieure du canal de Nuck (Des différentes formes d'hydrocèle de la tunique vaginale. Saint-Thomas-hospital, Rep., vol. VII, 1876, p. 101-118), Samuel Osborn.

Dans Gaillard Thomas (Tr. des mal. des femmes, p. 87) on lit un fait intéressant observé par le Dr E.-P. Bennett de Danbury (connecticut).

Une opération de hernie exécutée dans un cas d'hydrocèle par suite d'une erreur de diagnostic est relatée en détail, dans une brochure publiée en 1878 par le docteur Hart de New-York.

Nous avons énuméré ces différents cas, pour montrer que si l'existence du canal de Nuck, chez l'adulte, est niée par la plupart des anatomistes, cliniquement elle est reconnue par plusieurs chirurgiens.

Pour Velpeau, les tumeurs qu'on a décrites sous le nom d'hydrocèles seraient simplement des kystes séreux, séro-sanguins, séro-muqueux des grandes lèvres, succédant à des frottements ou à des contusions.

Enfin, d'après la description du sac dartoïque de la grande lèvre donnée par Broca, MM. Morpain, Ancelin (de Dieuze) et Brochon pensèrent que le siège des hydrocèles étaient l'intérieur même de ce sac analogue au dartos de l'homme.

Brochon cite (Thèse de Paris, 1859) un cas remar-

quable d'hydrocèle dartoïque qu'il a observé à Beaujon dans le service de Robert. C'était une tumeur énorme qui n'avait pas moins de 20 cent. de longueur et 30 cent. de circonférence dans sa partie moyenne. La maladie, dit cet auteur, peut être primitive et dans ce cas l'étiologie n'est rien moins que connue, ou succéder aux épanchements de sang dans l'intérieur de la poche. Quant au traitement, la ponction suivie d'injection iodée qui assure la guérison quand la poche est récente et peu étendue, ne suffit plus quand l'hydrocèle a acquis un développement assez considérable, et surtout lorsque ses parois épaissies, lardacées, sont le siège d'une sorte d'hypertrophie fibreuse, non susceptible de disparaître seule. Nous pensons que le traitement que nous proposons pour les autres kystes, c'est-à-dire la section à l'aide du fil élastique, ne pourrait donner, dans ce cas particulier, que de bons résultats.

Nous n'avons pas à insister davantage sur ces kystes séreux dont l'étude restera probablement incomplète pendant longtemps, faute d'autopsies qui permettraient de juger péremptoirement la question.

Nous verrons, à propos du diagnostic, comment on peut distinguer ces kystes de ceux qu'il nous reste à décrire.

Nous laisserons de côté les kystes qui ont pour siège les follicules sébacés; la marche qu'ils suivent et le traitement qu'ils réclament n'offrant rien de spécial dans la région vulvaire.

KYSTES SE DÉVELOPPANT AUX DÉPENS DE L'APPAREIL GLANDULAIRE.

Nous examinerons successivement :

1° Les kystes du canal excréteur;

2° Ceux qui sont limités aux granulations de la glande;

3° Les kystes dits en chapelet;

4° Ceux qui ont pour point de départ les follicules muqueux.

1. *Kyste du conduit excréteur de la glande vulvo-vaginale.*

Description. — Le hyste du conduit déforme plus la vulve que le kyste qui se développe dans la glande même; il est beaucoup plus fréquent et atteint un volume plus considérable; il n'est pas rare même d'en voir qui sont de la grosseur d'un œuf de poule; il s'aperçoit plus facilement et plus promptement à cause de sa position superficielle; cependant il n'est guère appréciable que lorsqu'il atteint le volume d'une noix. On a bien rarement d'ailleurs occasion de le rechercher avant qu'il n'ait acquis un certain développement; car les femmes, ou ne s'aperçoivent de rien, ou attendent, par négligence ou fausse honte, pour consulter le médecin, que le kyste se soit accru à un point tel que la vulve soit notablement déformée ou les rapports sexuels considérablement gênés.

On trouve alors les deux tiers inférieurs de la vulve occupés par une tumeur arrondie qui s'avance vers la petite lèvre du côté non affecté et obstrue en partie le vestibule du vagin. Le sillon profond et rectiligne qui sépare la face interne des grandes lèvres de la

face externe des petites lèvres a disparu vers la partie inférieure, il est remplacé par une saillie ; la petite lèvre elle-même est le plus souvent déformée. Les téguments ont conservé leur coloration normale, quelquefois pourtant ils paraissent plus pâles ce qui résulte sans doute de la distension qu'ils ont subie.

De plus, on s'assure aisément par le toucher qu'ils jouissent d'une certaine mobilité et peuvent glisser sur la surface du kyste, que la température n'est pas plus élevée que sur les parties symétriques saines et que la douleur provoquée est insignifiante si elle n'est pas nulle.

Pour apprécier le volume et la consistance de la tumeur on la saisira entre l'index introduit dans le vagin et le pouce appuyé au dehors sur la face externe de la grande lèvre ; de la sorte on reconnaîtra que c'est bien un kyste du conduit, qu'il est superficiel et séparé de la main par une faible épaisseur de parties molles.

En pénétrant plus profondément on ira à la recherche de la glande qu'on trouvera refoulée vers la branche montante de l'ischion ; elle peut être le siège d'un engorgement chronique, hypertrophiée ou même atrophiée par le fait de la compression qu'elle a éprouvée.

Huguier qui s'est occupé de l'anatomie pathologique des kystes glandulaires n'indique rien de spécial au sujet de la structure des parois des kystes du conduit. Si on les ouvre, on découvre ordinairement vers l'extrémité vulvaire un petit enfoncement ou pertuis qui répond à l'orifice excréteur oblitéré et vers son extré-

mité externe ou glandulaire deux, trois ou quatre ouvertures qui conduisent immédiatement dans l'épaisseur de la glande qui se trouve accolée à cette portion du kyste (voir le mémoire de Huguier, pl. III, fig. 4).

Nous étudierons à propos des kystes glandulaires proprement dits la nature du liquide qui remplit la cavité, les troubles fonctionnels locaux qu'ils peuvent causer, les congestions sanguines dont ils sont quelquefois le siège au moment des règles et la marche qu'ils suivent.

Ajoutons seulement que le kyste reste, en général, peu de temps limité au conduit; il se passe bientôt ce qu'on observe lors de l'oblitération de l'orifice vésical des uretères, le mucus après avoir par son accumulation dilaté le canal, comme l'urine le fait pour l'uretère, agrandit de proche en proche ses diverses ramifications puis les granulations qui y aboutissent, et l'on a affaire à un kyste ramifié, appendiculé et de la forme la plus bizarre (Huguier).

Etiologie. — Ces kystes résultent de l'oblitération de l'ouverture vulvaire du canal excréteur.

L'oblitération peut se produire de différentes façons.

Tantôt à la suite des inflammations qu'on observe si fréquemment dans la région vulvaire les bords de l'orifice et les parois du canal se ferment par agglutination ou adhésion.

Tantôt la lumière du canal est oblitérée par la formation d'un tissu cicatriciel, succédant à une plaie quelconque, déchirure de la vulve au moment d'un accouchement, chancres, plaques muqueuses, etc.

On a dit aussi que des congestions fréquentes peuvent produire un épaississement puis une rétraction de la muqueuse d'où retrécissement d'abord puis occlusion complète au bout d'un temps plus ou moins long.

D'après Virchow, l'orifice ou le canal peuvent devenir imperméables, par un déplacement, un tiraillement ou un plissement quelconque de la paroi, et il n'est pas très rare de voir se produire un obstacle valvulaire par l'application d'une moitié de la paroi sur l'autre (Leroux, thèse de Paris, 1878).

Cette obstruction valvulaire se produirait en dehors de tout phénomène inflammatoire.

Enfin, si l'épaississement du produit sécrété est tel qu'il ne puisse traverser les voies excrétoires, il y aura accumulation du liquide, distension des parois, d'où formation d'un kyste.

2. *Kystes développés dans la glande même.*

Description. — Ces tumeurs, dit Huguier, tout en occupant aux organes génitaux un siège presque constant, les extrémités du diamètre transversal de l'entrée de la vulve, et le point d'union du tiers postérieur avec les deux tiers antérieurs de la grande lèvre, ne se trouvent cependant pas toutes situées à la même profondeur et à la même distance de la ligne médiane; les unes sont à quelques millimètres au-dessous de la membrane muqueuse, ce sont les kystes qui siègent dans les granulations les plus rappro-

chées de la vulve, dans celles qui appartiennent à la partie interne et inférieure de la glande; les autres, sont plus ou moins rapprochées de la tubérosité de l'ischion, de la branche ascendante ou de l'extrémité inférieure du vagin, ce sont les kystes développés dans les parties externes et supérieures du corps glanduleux ou dans ses granulations accessoires.

Les déformations produites varient avec l'ancienneté et le degré de développement de ces tumeurs.

Au début elles passeront inaperçues si le chirurgien n'en soupçonne l'existence, s'il ne palpe avec soin toutes les parties molles de la région. Au bout d'un temps qui varie de quelques mois à plusieurs années, le kyste a acquis assez de volume pour déformer les parties et être accessible à la vue; la tumeur est généralement arrondie mais moins régulièrement sphérique que dans la première période de son développement. Sur sa face inférieure et interne passe le bord libre de la petite lèvre dont les feuillets se sont dédoublés, sauf dans le tiers antérieur; La grande lèvre est un peu déformée dans sa partie postérieure, elle suit le contour de la tumeur, qui en même temps empiète sur l'ouverture vaginale; l'effacement des caroncules est plus ou moins complet.

Toutes ces parties sont saines; elles sont simplement distendues et glissent très facilement sur le kyste excepté en dedans où la muqueuse y est adhérente (Huguier).

En pratiquant le toucher on trouve la tumeur généralement plus haut située et obstruant plus imparfaitement le vagin que dans le cas de kyste du

conduit. Huguier cite une observation où le kyste remontait à quatre centimètres le long du vagin. On sent quelquefois à la surface du kyste des saillies arrondies dont le volume ne dépasse pas celui d'un grain de raisin, formées par des granulations voisines qui se sont développées, mais moins que celles qui forment le kyste. La tumeur est tantôt élastique, fluctuante, tantôt au contraire dure, résistante, sans fluctuation ; tout dépend de l'épaisseur des parois et de la distension plus ou moins grande exercée par le liquide qu'elle renferme.

La palpation et la pression ne provoquent que très rarement de la douleur.

On se représente aisément quelle serait la déformation produite si les deux glandes étaient atteintes. Huguier n'a observé le fait que 5 fois sur 34 malades chez lesquelles l'affection kystique existait. Il omet de dire s'il s'agissait de kystes de la glande ou de son conduit.

Anatomie pathologique. — Les parois du kyste qui ont 1 ou 2 millimètres d'épaisseur se composent ordinairement de trois membranes : La membrane interne est lisse, luisante, mince et transparente ; en parlant du liquide contenu nous ferons connaître l'opinion de Virchow sur la transformation que subit l'épithelium des kystes muqueux. La membrane moyenne est fibreuse, plus épaisse et résistante quoique extensible. les fibres qui la composent s'entrecroisent dans tous les sens. Enfin la membrane externe est constituée par un tissu homogène grisâtre qui n'est autre que le

tissu cellulaire parenchymateux ou intra-granuleux de la glande, auquel vient se joindre, si le kyste s'est développé à la périphérie de l'organe la membrane cellulo-fibreuse qui enveloppe la glande.

Les parois du kyste sont plus épaisses, plus résistantes et difficilement isolables si à une époque quelconque elles ont été le siège d'un travail inflammatoire.

Les vaisseaux sanguins, qu'on peut suivre jusque dans la membrane interne, sont plus volumineux dans les kystes de la glande que dans ceux du conduit excréteur ; l'artère atteint souvent 1 ou 2 millimètres de diamètre et l'extirpation de la tumeur produit constamment un écoulement de sang en jet. Tous ces vaisseaux, qui sont fournis par l'artère et la veine honteuses internes, arrivent à la tumeur par sa partie externe et la rattachent au bord interne de la branche ascendante de l'ischion (Huguier).

Ces kystes adhèrent aux parties voisines par plusieurs points : au vagin, par un tissu cellulaire dense et serré, à l'ischion, par les vaisseaux qu'ils reçoivent et aux muscles constricteur du vagin, transverse du perinée avec lesquels ils viennent se mettre en contact. Aussi, est-il difficile de les extirper en entier sans les ouvrir. La glande elle-même est généralement engorgée et hypertrophiée, et, si le kyste est ancien, il est rare qu'elle n'ait pas subi la transformation fibreuse avec atrophie plus ou moins complète.

Le liquide qui s'écoule d'un kyste incisé est ordinairement clair, transparent, incolore, semblable à du blanc d'œuf. Il peut être coloré et offrir des teintes

variables : il sera opalin, s'il renferme des globules de pus; plus ou moins rouge, s'il contient des globules sanguins; noir ou brun, si la décomposition de ces globules a eu lieu.

Ce liquide qui prend quelquefois l'aspect et la consistance de gelée de fruits n'est autre chose que du mucus. Inodore, insipide, insoluble dans l'eau et dans l'alcool, il se dissout dans les solutions de potasse ou de soude, d'où le précipitent les acides et le tannin; il est incoagulable par la chaleur mais coagulable par l'acide azotique.

A l'eau il se durcit, devient cassant, translucide ; mouillé, il reprend ses caractères primitifs.

Ce liquide est donc bien différent de celui qui est contenu dans les véritables kystes séreux.

Examiné au microscope on y trouve quelquefois des globules de graisse et des squames épidermiques, toujours des globules muqueux. Les leucocytes dit M. Robin (Traité des humeurs, p. 522) se produisent avec grande facilité à la surface des membranes dès qu'elles sont un peu congestionnées. On a voulu faire de ces globules une espèce à part sous le nom de globules muqueux.

Au reste, « il est nécessaire de distinguer différends stades dans le cours du développement de ces tumeurs ; ce n'est que dans le stade initial qu'existent dans leur pureté les sécrétions spécifiques qui ont servi de véritables points de départ à la formation de la tumeur. Une recherche faite dans les stades ultérieurs montre souvent des substances toutes différentes et nouvelles, qui sont en partie le résultat de

la décomposition des substances existant auparavant, et en partie fournies consécutivement par la paroi interne de la poche » (Virchow, Traité des tumeurs, t. II p. 283).

Les éléments épithéliaux ne restent pas non plus identiques avec ceux qui existaient auparavant ; il peut arriver, par exemple, que l'on trouve de l'epithélium pavimenteux là où autrefois, il y avait de l'épithélium cylindrique ou vibratile.

Enfin si le kyste persiste pendant longtemps, les cellules épithéliales se détachent de la paroi et deviennent libres dans la cavité de la tumeur enkystée ; mais, elles ne s'y conservent pas, elles se désagrègent au contraire, soit en subissant les métamorphoses graisseuses, soit en se ramollisant et se liquéfiant.

Nous avons dit que la matière contenue dans le kyste peut prendre une coloration rouge, brune ou noire ; le fait est fréquent, aussi ; croyons-nous devoir y revenir pour l'expliquer.

Huguier dit avoir rencontré souvent des globules sanguins, soit sains, soit altérés, globules qui venaient sans aucun doute d'une certaine quantité de sang exhalé par les parois de la tumeur dans sa cavité, soit pendant les congestions menstruelles, soit à la suite de la contusion de ces kystes dans le coït.

Pour que le phénomène se produise, les parois du kyste ont du subir des modifications que Virchow a pris soin d'indiquer : plus la dilatation des parois avance, dit-il, plus la muqueuse ordinairement s'amincit : elle prend peu à peu une texture mince et lisse et devient analogue à une membrane séreuse ; les vais-

seaux profonds se rapprochent de la surface et cela d'autant plus que la paroi est plus distendue. Il semble aussi se faire plus tard un changement dans la sécrétion : il ne se sécrète plus de mucus filant, mais un liquide aqueux, séreux, auquel peuvent bien être mélangées de petites quantités de mucus liquide, mais qui ressemble en masse aux transsudats séreux. Il n'est pas rare qu'à ces liquides séreux s'ajoutent des épanchements hémorrhagiques, notamment aux endroits dans lesquels la vascularisation est considérable ou bien où des états hyperhémiques particuliers paraissent de temps en temps, de telle sorte que le kyste muqueux primitif passe ensuite à l'état de kyste séreux et peut finir par donner un kyste sanguin. Le sang est naturellement rouge au début ; puis surviennent successivement les transformations connues ; il y a diffusion de l'hématine dans le liquide dont la coloration devient d'un rouge brunâtre, quelquefois jaunâtre ou même noirâtre (Virchow, t. II p. 250).

Ces variétés de tumeurs ont été décrites par plusieurs auteurs sous le nom de tumeurs hématiques ; en les dénommant ainsi, on n'a pas voulu faire entendre que le contenu de ces kystes fût du sang pur mais simplement que la coloration du liquide mucus, sérosité ou pus, était due, soit à la présence d'une quantité plus ou moins grande de globules sanguins, soit à la matière colorante du sang altérée ou non.

Nous verrons plus loin, à propos des kystes succédant à des épanchements sanguins qu'il y a une autre catégorie de tumeurs dites hématiques ou sanguines, dont le mode de formation est bien différent ; il n'y a

pas de cavité kystique préexistante, l'épanchement est d'emblée constitué par du sang infiltrée ou collecté soit dans le tissu cellulaire, soit dans le sac dartoïque. Si ce sang épanché hors de ses voies normales donne plus tard naissance à un kyste, une pseudo-membrane se formant autour du foyer sanguin, on aura là un kyste hématique à proprement parler, que nous étudierons ultérieurement.

3° *Kystes en chapelet.*

Nous ne ferons que mentionner les tumeurs désignées par Boys de Loury sous le nom de kystes en chapelet. On les observe lorsque plusieurs granulations sont isolément dilatées par le mucus accumulé; on a ainsi des kystes gros comme des pois ou des grains de raisin surajoutés les uns aux autres, et dont l'ensemble peut affecter les formes les plus singulières.

Enfin Huguier cite un kyste qui s'était développé dans les granulations accessoires de la glande et qui en augmentant de volume avait gagné la ligne médiane en suivant le bord interne de la branche ascendante et était arrivé sous l'urèthre. Lorsque la malade poussait, comme pour aller à la selle, le kyste apparaissait à l'entrée du vagin entre les petites lèvres et pouvait faire croire à un prolapsus.

Etiologie. — Lorsque le kyste est limité à la glande, l'oblitération, au lieu de porter sur le canal excréteur,

siège sur un canalicule, c'est-à-dire sur une des voies de communication qui existent entre les granulations de la glande et le canal.

Cette oblitération peut être mécanique ou résulter d'un travail inflammatoire.

Elle est mécanique lorsque le produit sécrété a acquis une consistance telle qu'il se concrète avec une facilité extrême, ou bien lorsque la lumière des canalicules est obstruée par des calculs qui se sont formés dans le liquide.

Il est certain que les inflammations, les engorgements et les abcès sont une cause fréquente d'obstruction; par conséquent toutes les causes déterminantes de ces affections, sont autant de causes prédisposantes au développement des kystes; nous citerons avec Huguier, l'accroissement rapide et l'espèce d'hypernutrition que subit l'appareil glanduleux au moment de la puberté, les turgescences, les irritations et congestions que causent sur cet appareil les pensées lascives, les besoins des rapports sexuels, ces rapports eux-mêmes, la masturbation, les menstrues, etc... Aussi avons nous vu très souvent la maladie se manifester après les règles ou les excès de coït qui amènent la congestion et en même temps une hypersécrétion du mucus. Voilà la véritable cause pour laquelle les excès conjugaux, qui peuvent aussi déterminer une inflammation des parties, produisent fréquemment chez les femmes de joie et chez celles qui sont passionnées, des kystes vulvaires, mais non parce qu'ils déterminent la formation d'une bourse muqueuse anor-

male ou d'un épanchement sanguin qui se convertirait en kyste muqueux (Huguier).

Ajoutons toutes les irritations, les inflammations aiguës ou chroniques, essentielles, herpétiques ou syphilitiques qui peuvent siéger sur la muqueuse de la vulve, inflammations qui sont susceptibles de s'étendre à l'appareil sécréteur et de le modifier (Huguier).

Signalons enfin la blennorrhagie qui a une prédilection toute particulière pour la glande vulvo-vaginale et une cause traumatique, en quelque sorte professionnelle, de l'inflammation de la glande de Bartholin qui nous est offerte par le travail de la machine à coudre (Martineau, *France Médicale*, 21 juillet 1880).

4° *Kystes produits par dilatation des follicules muqueux.*

« Ces kystes, dit Aubenas (Des tumeurs de la vulve, thèse d'agrég. de Strabourg, 1860) se trouvent surtout à l'entrée du vagin, ou au pourtour du méat urinaire ; ils sont plus étendus que les kystes sébacés, très superficiels, recouverts par une muqueuse tendue, luisante, extrêmement mince, à travers laquelle on distinque très facilement la couleur du liquide qui y est contenu. Ces poches sont susceptibles de se déchirer par un mouvement brusque, ou quand elles sont plus résistantes, de s'enflammer sous l'influence des causes si souvent citées ; affections blennorrhagiques, coït excessif. M. le professeur Schützenberger m'a dit avoir souvent constaté, quand il faisait le service des vénériennes, l'inflammation de ces petits kystes qu'il ne faut pas confondre avec ceux du conduit excréteur de

la glande de Bartholin, plus gros, plus saillants et situés en un point déterminé. »

Est-il bien certain qu'on avait affaire là à des kystes développés dans les follicules mucipares ou plutôt dans les cryptes muqueux avec lesquels ces follicules ont été confondus (Sappey, Martin et Léger. Recherches sur l'anatomie et la pathologie des appareils sécréteurs des organes génitaux chez la femme, Arch. gén. de méd. tome XIX, 1862)? nous n'oserions l'affirmer.

Après avoir consulté de nombreux ouvrages, dans le but d'élucider la question, nous devons avouer qu'il ne nous a pas été donné d'arriver à la solution du problème.

KYSTES SUCCÉDANT A DES ÉPANCHEMENTS DE SANG. HÉMATOMES. THROMBUS.

Vidal, dans son Traité de path. ext (vol. V. p. 738) indique, comme étant l'origine fréquente de kystes vulvaires, des tumeurs sanguines, spontanées, produites par la congestion menstruelle, ou par un froissement, par une contusion ; la partie solide du sang est absorbée, la sérosité reste, elle est circonscrite dans une poche et l'on a un kyste séreux.

Huguier paraît trouver étrange l'assertion de Vidal à propos des tumeurs sanguines produites par la congestion menstruelle et demande aux praticiens qui soignent un grand nombre de femmes si une telle opinion est admissible; puis il s'attache à démon-

trer que les tumeurs hématques résultant des autres causes signalées, ne sont pas aussi souvent que le pense Vidal, la source des kystes vulvaires.

Pour cela, il se base sur l'opinion qui était généralement admise, depuis le travail de Velpeau, relativement à la transformation de collections sanguines en kystes et qu'on peut résumer ainsi : la fibrine du sang se coagule, se dépose sur les tissus qui entourent la collection, s'organise et forme la membrane du sac. Le reste du sang se modifie peu à peu, les globules se détruisent, leurs détritus sont résorbés ou restent dans le liquide auquel ils donnent un aspect caractéristique et, selon les cas, on a des kystes séreux ou séro-sanguins.

Si la plupart des kystes qu'on observe à la vulve, dit Huguier, étaient la conséquence d'une tumeur hématique, les kystes séreux seraient ceux qu'on rencontrerait le plus souvent ; or, c'est le contraire. De plus, les kystes qui succèdent à ces tumeurs sont habituellement très minces, formés d'une seule lame, ou bien tapissés d'une ou plusieurs couches de fibrine, de caillots et renfermant souvent des concrétions fibrineuses, sont peu adhérents avec les parties environnantes, se laissent en général énucléer facilement s'ils sont petits, et sans appendices entre les parties voisines; tandis que le plus grand nombre des kystes vulvaires, même les plus petits sont très adhérents, ont un pédicule vasculaire bien manifeste qui les unit à l'ischion ; sont épais et ont une une organisation complète qui a été examinée; en outre nous n'y

avons jamais rencontré des concrétions, ni de grumeaux fibrineux.

Huguier fait d'ailleurs remarquer que la plupart des tumeurs enkystées ont leur siège à la base des grandes lèvres, aux extrémités du diamètre transversal de l'entrée du vagin, ce qui ne devrait pas être si elles provenaient de tumeurs sanguines, car ces dernières qui, le plus fréquemment sont le résultat de violences extérieures, siègent tantôt au périnée, tantôt au mont de Vénus, tantôt sur une des lèvres, aussi bien à leur extrémité antérieure qu'à leur extrémité postérieure.

Que des kystes formés dans les granulations de la glande ou dans son conduit excréteur, suivant un des modes étudiés plus haut, aient été pris pour des kystes provenant de tumeurs hématiques, le fait ne nous paraît pas douteux ; mais il n'en est pas moins certain que les épanchements sanguins sont la source assez fréquente de kystes dans la grande lèvre. Avant Huguier, les kystes de l'appareil glanduleux avaient passé presque inaperçus ; il a voulu réagir, et tombant dans l'exagération contraire, il n'admettait, pour ainsi dire, que ceux-là.

Nous ne croyons pas nous étendre longuement sur les tumeurs sanguines vulvaires décrites tout d'abord sous le nom de thrombus de la vulve et bien étudiés par les accoucheurs, puisque c'est surtout pendant la grossesse et au moment du travail qu'on les observe. En dehors de l'accouchement, l'affection est plus rare, partant moins connue.

Il est impossible qu'une collection de sang, dit Vel-

peau, ne puisse pas s'établir à la vulve sous l'influence de toute espèce de choc, de pression, de tiraillement, de violence mécanique aussi bien qu'ailleurs. De sorte donc que, chez les femmes qui ne sont pas grosses, le thrombus des grandes lèvres pourra résulter d'une chute sur l'angle d'une chaise ou le coin d'une bûche comme chez les malades dont parle de La Motte, ou bien d'un coup de pied, comme je l'ai vu souvent, d'une chute sur le brancard d'une voiture, sur le bord d'un baquet, sur le côté d'une baignoire ainsi que j'en ai vu des exemples. Mais une des causes les moins souvent avouées et des plus fréquentes peut-être en réalité, se trouve dans des excès de coït. J'en ai rencontré un certain nombre d'exemples chez les filles publiques ou chez de jeunes femmes qui s'étaient livrées sans réserve aux plaisirs vénériens sans qu'il fut possible de rapporter le mal à une autre cause.

Nous avons récemment observé dans le service de M. le professeur Gosselin une malade atteinte de thrombus de la grande lèvre droite. L'accident qui l'avait causé avait eu lieu quatre ans auparavant. Cette femme, qui occupait le premier étage d'une vieille maison, vaquait à ses occupations lorsqu'une des planches qui servait de parquet se brisa, une de ses jambes s'engagea dans l'espace vide ainsi produit, l'autre restant étendue sur le plancher de telle façon que les organes génitaux heurtèrent violemment le bord d'une solive qui ne s'était pas rompue. — La tumeur apparut de suite, et présenta pendant huit jours une coloration noirâtre ; traitée pendant

quelque temps par des applications de glace, elle n'a jamais disparu complètement; quand nous l'avons vue, elle était de la grosseur d'un œuf de poule, les téguments avaient leur aspect normal.

Comme causes prédisposantes, on peut citer les maladies du cœur, du poumon, des reins, l'hémophilie, l'anémie qui peuvent rendre l'extravasation sanguine plus facile et plus considérable.

Une fois le sang épanché et collecté, la résorption peut se faire spontanément et rapidement, c'est la guérison ; dans d'autres circonstances la cavité traumatique au lieu de tendre à s'effacer, s'agrandit ou resté stationnaire, cela dépend essentiellement de la circulation pariétale du foyer. Les diverses conditions qui peuvent se présenter sont parfaitement exposées dans l'article : Contusion du Dict. encycl. Nous ne pouvons mieux faire que de reproduire quelques passages du travail de MM. Marchand et Verneuil. « D'autres causes contribuent à empêcher l'absorption prompte des extravasats. Pour peu que ceux-ci séjournent dans la trame de nos organes, ils agissent à la manière de corps étrangers et provoquent autour d'eux un travail irritatif qui suscite bientôt dans le tissu conjonctif une prolifération plus ou moins active, une zone isolante prend naissance analogue à la membrane granuleuse. Elle est formée comme elle de noyaux et de jeunes cellules, primitivement pauvre en vaisseaux et par conséquent peu disposée à l'absorption ; l'induration des parois du foyer, l'apparition à la circonférence des collections sero-sanguines d'un bourrelet adhérent et dur au toucher,

traduisent cette néo- plasie qui présage presque sûrement la persistance de la collection.

« Cette irritation périphérique est bien voisine de l'inflammation, si elle n'en est pas même un des premiers degrés. Au contact de la paroi enflammée, le sang change de caractère, au lieu d'être simplement coagulé, il forme des dépôts fibrineux résistants, quelquefois stratifiés, réfractaires à l'absorption et qui isolent encore plus du réseau vasculaire perméable la masse centrale de l'extravasat.

« Ainsi constituée par des tuniques fibrineuses et fibro-plastiques, la paroi nouvelle, surajoutée à la face interne de la cavité contuse, devient un véritable organe pathologique qui pour nous servir d'une expression consacrée, enkyste l'épanchement, le conserve en quelque sorte et en tout cas s'oppose à la coaptation des surfaces séparées, c'est-à-dire à la guérison.

« Temporaire comme la plupart des néoformations conjonctives, cette paroi finit heureusement par disparaître et laisse le champ libre au travail de résorption ; mais les choses peuvent se passer différemment : le pseudo-kyste s'organise définitivement, il devient fibreux s'enrichit d'un réseau capillaire et vit à la manière d'une membrane préexistante. Tantôt sa face interne est lisse et régulière comme celle d'une séreuse, tantôt elle est inégale, tomenteuse, tapissée par des débris fibrineux et sillonnée de vaisseaux imparfaits.

« Dans le premier cas, elle parvient à la longue à absorber jusqu'aux dernières traces du caillot primitif et ne renferme plus alors qu'un liquide séreux,

qu'elle exhale pendant un temps indéterminé, sinon illimité; le foyer s'est métamorphosé en un kyste néogène.

« Dans le second cas, la pseudo-membrane devient à l'occasion des moindres violences et même spontanément le siège de ruptures vasculaires et d'hémorrhagies successives qui perpétuent indéfiniment le mal et engendrent ces tumeurs dites hématomes chroniques, hématocèle, etc., dont Gosselin a parfaitement indiqué la pathogénie pour la tunique vaginale du testicule.

« Enfin des tumeurs solides elles-mêmes peuvent apparaître par suite d'une déviation extrême du travail réparateur.

Ces diverses suites possibles de la contusion avaient été bien indiquées par les anciens chirurgiens; mais ils s'étaient trompés en avançant que la fibrine ou la masse globulaire pouvait s'organiser de prime abord en tissu physiologique ou pathologique, alors que ce sont les parois du foyer qui prennent la plus large part dans l'organisation de la membrane d'enveloppe.

La nature du contenu est très variable.

Si dans une tumeur hématique, datant de plusieurs semaines, on rencontre un sang rouge se coagulant après son extraction, on est en droit de supposer une communication permanente entre la poche et un vaisseau.

Le plus souvent, on trouve un liquide brun chocolat, café au lait, ou même presque incolore.

Le liquide retiré, par ponction, du kyste de la ma-

lade dont nous parlons plus haut, était couleur chocolat; sa fluidité, quoique moindre que celle de l'eau, était telle qu'il se déplaçait facilement dans le bassin où on l'avait recueilli lorsqu'on venait à incliner ce dernier. Examiné au microscope, il présentait des globules déformés et des granules d'hématosine arrondis ou ovoïdes ; si le contenu est solide ou demi solide, c'est tantôt un caillot noirâtre et friable, tantôt une masse grumeleuse de couleur rouge brune, ou jaune orangé, ou enfin une matière plus sèche très friable, de couleur jaunâtre ou grisâtre qui serait de la fibrine provenant non pas du sang épanché, mais d'un exsudat consécutif à l'épanchement.

Nous avons dit qu'un épanchement sanguin pouvait se résoudre ou se transformer en kyste; les autres terminaisons possibles sont : la rupture, la suppuration et la gangrène; nous n'avons pas à examiner ces divers accidents.

Lorsque nous traiterons du diagnostic nous établirons les signes les plus importants fournis par les hématomes de la grande lèvre. Nous savons déjà que le siège de ces tumeurs sanguines est variable et on ne saurait admettre d'une manière exclusive l'opinion de M. Morpain qui voudrait limiter l'épanchement au sac dartoïque.

M. Aubenas (Thèse d'agrégation, Strasbourg, 1860) dit fort justement : « Le désir d'établir des analogies entre les maladies de cette région et celles de la partie correspondante chez l'homme, a fait admettre des hématocèles chez la femme.

« Si l'on entend par là qu'il peut se faire des épan-

chements circonscrits dans la cavité dartoïque, je crois qu'il n'y a aucun inconvénient à admettre, sinon le terme, du moins la lésion qu'il désigne.

« Du moment qu'il existe une cavité contenant, dans ses parois des veines très dilatées, la rupture d'une de ces veines produira un épanchement de sang nécessairement circonscrit par les parois résistantes du sac.

« Ce sont peut être ces sortes de thrombus qui, ne dépassant pas les limites des grandes lèvres, ont été confondus avec des hernies, qui affectent une forme ovalaire ou pyriforme et sont accompagnés de très peu de coloration de la peau ou d'une ecchymose tardive. Leurs transformations ultérieures expliqueraient fort bien le développement des kystes dits hydrocèles de la femme dont quelques-uns s'étendent du fond de la grande lèvre jusque vers l'anneau inguinal externe. Toutes ces déductions paraissent très rationnelles, mais la preuve anatomique du fait n'a pas encore été administrée. »

Il est presque inutile d'ajouter que les tumeurs désignées sous le nom d'abcès de sang ou mieux d'abcès à répétition, n'ont rien de commun avec celles que nous venons d'étudier. Que ces tumeurs soient limitées à la glande vulvo-vaginale comme l'admettent beaucoup d'auteurs, ou qu'au contraire elles se développent en dehors d'elles, dans le tissu cellulaire compris entre la peau et le sac dartoïque, ce qui semblerait résulter de leur position superficielle à la base de la grande lèvre et de la rapidité avec laquelle elles se forment, il est un fait qu'on ne peut dénier, c'est

que ces tumeurs sont de véritables abcès qui, à un moment donné, présentent tous les symptômes caractérisant l'inflammation aiguë. Ces abcès renferment souvent, il est vrai, une notable quantité de sang dont la couleur masque la présence du pus, mais celui-ci n'en existe pas moins et l'aspect particulier du contenu doit être attribué à l'état congestif des tissus qui ont été froissés. On sait en effet que ces sortes d'abcès surviennent surtout chez les femmes qui abusent du coït pendant l'époque menstruelle.

Les épanchements traumatiques de sérosité décrits par Morel-Lavallée, peuvent également se convertir en kystes et alors le contenu est beaucoup plus clair que dans les épanchements sanguins (Heurtaux). Aucune observation n'atteste qu'un semblable épanchement se soit jamais produit dans la grande lèvre. Peltier qui, en 1870 (Mouvement médical, 1870), avait réuni 22 cas, n'en signale aucun dans la région qui nous occupe.

KYSTES PROVENANT D'UN ABCÈS.

Il ne saurait être question ici de kystes par rétention causés par l'oblitération, soit d'un des canalicules de la glande consécutivement à un abcès de la glande ou de son conduit, soit de l'orifice du canal excréteur (kyste du conduit) à la suite d'un abcès développé dans le voisinage. L'objet de ce chapitre est tout autre : il s'agit de rechercher si des kystes peuvent succéder à des abcès, la cavité kystique prenant précisément la

place de la collection purulente, autour de laquelle une pseudo-membrane se serait formée.

Boys de Loury a beaucoup insisté sur cette transformation possible et même fréquente, selon lui, des abcès en kystes; Vidal et Velpeau sont du même avis; Huguier a vivement attaqué cette manière de voir. Les chirurgiens qui ont écrit sur ce sujet, dit-il, ont pris jusqu'à ce jour les abcès du conduit excréteur pour des abcès ordinaires qui, à la vulve, dégénéreraient promptement ou facilement en kystes. Aussi M. Boys de Loury, pour expliquer cette prétendue et rapide transformation, est-il obligé d'avoir recours à une hypothèse; c'est que : « dans aucune partie du corps la membrane pyogénique n'est formée aussi promptement qu'aux grandes lèvres ». Comme les autres il a pris les parois du conduit dilaté par le pus pour la membrane pyogénique d'un abcès transformé en un kyste. Cette transformation d'abcès en kystes n'est pas non plus démontrée, ainsi que le pense M. Vidal, par l'aspect blanchâtre et trouble de l'humeur que renferme le kyste, celui-ci étant susceptible de s'enflammer et de produire du pus qui blanchit et trouble la transparence du liquide qu'il contient.

Aubenas (Th. d'agrég.), tout en admettant que le changement des abcès en kystes est plus rare qu'on ne l'a cru, pense que ce serait aller trop loin que de rayer complètement ce mode de formation des tumeurs enkystées.

L'opinion émise par Huguier semble être confirmée par les travaux de Virchow qui nous ont fait connaî-

tre les transformations successives que subit le liquide des kystes muqueux. Aussi, croyons-nous que l'on ne doit pas établir son diagnostic en prenant pour base la nature du liquide contenu dans la cavité, puisque la même tumeur peut, à des époques différentes, offrir soit du mucus, soit du sang, soit de la sérosité, soit du pus.

Il est donc probable que la plupart des tumeurs regardées comme des abcès enkystés, n'étaient que des kystes formés ou dans les granulations de la glande, ou dans le conduit.

A-t-on observé des kystes purulents constitués par l'enveloppe cellulo-fibreuse de la glande dans l'intérieur de laquelle le pus se serait collecté après destruction complète de l'organe ? Si le fait est possible, il n'en résulterait pas pour cela qu'un abcès eût donné naissance, dans le vrai sens du mot, à un kyste puisque la poche préexistait, le contenu seul ayant changé.

Nous ne connaissons pas davantage d'observations prouvant que le sac dartoïque ait servi de membrane d'enveloppe à une collection purulente au point de simuler un kyste, tout phénomène inflammatoire ayant disparu.

Velpeau dit avoir vu un petit foyer inflammatoire de la grande lèvre s'arrêter au huitième jour, passer insensiblement à l'état indolent, se durcir, se rétracter et rester ensuite dans l'organe sous forme d'un noyau, d'une petite tumeur dure et légèrement mobile (Dict. en 30 vol., Vulve).

Dans tous les cas, si jamais des abcès développés dans le tissu cellulaire de la grande lèvre se sont

transformés en kystes, le fait a dû se présenter bien rarement, puisque M. Martineau et M. Chéron, qui ont eu à soigner un grand nombre de femmes susceptibles d'être atteintes de la sorte, nous ont déclaré ne l'avoir jamais constaté.

MARCHE. — PRONOSTIC.

Les troubles fonctionnels locaux causés par les kystes de la grande lèvre sont généralement peu accusés et inconstants.

La douleur est plus souvent nulle, les malades ne se plaignent que d'une certaine gêne variable avec le volume de la tumeur, gêne qui se manifeste à l'occasion de la marche ou du coït. Dans quelques cas le sang des règles ou le mucus utéro-vaginal est retenu dans le vagin au-dessus de la saillie formée par le kyste.

Les épanchements sanguins, une fois enkystés, ont peu de tendance à varier. Cependant, sous l'influence de la station debout trop prolongée ou de travaux très pénibles, leur volume risque de s'accroître sensiblement.

On a vu la suppuration s'emparer d'un hématome fort ancien déjà, par suite de contusion nouvelle ou de maladie intercurrente. L'ouverture alors tend à rester fistuleuse (Verneuil et Marchand). Le pus est formé par la paroi enflammée et il ne provient pas comme on l'a cru jadis d'une métamorphose, d'une transformation du sang épanché.

Chez quelques femmes au moment des époques, le kyste devient le siège d'une congestion sanguine, d'une turgescence qui en augmentent le volume et la sensibilité, au point de causer de l'inquiétude aux malades. Les règles terminées, tout rentre dans l'ordre habituel et la femme peut ne plus éprouver qu'une gêne insignifiante.

Mais ces poussées congestives laissent souvent des traces de leur passage. La preuve en est dans le sang mêlé au liquide muqueux de certains kystes qu'on a ouverts peu de temps après les règles.

Pour ce qui est des kystes du conduit en particulier, Huguier qui en a observé un grand nombre a vu une seule fois l'orifice excréteur être désobstrué tant par la distension des parois que par la pression du liquide au moment des règles. Le kyste s'est vidé et a reparu quelques temps après.

Chez plusieurs malades, les excès du coït ou une fatigue excessive déterminent de la douleur avec augmentation de volume. Le repos fait disparaître ces inconvénients, mais si les mêmes causes reviennent fréquemment, il en résulte une véritable inflammation qui reste plus ou moins limitée, gagne la glande ou donne lieu à un phlegmon de la grande lèvre. C'est dans ces cas qu'on trouve une certaine quantité de pus mélangé au mucus dont il trouble la transparence.

La durée des kystes muqueux de l'appareil glanduleux est fort longue. Nous en avons vu, dit Huguier, que les malades portaient depuis dix, douze et même quinze ans. Jamais nous ne leur avons vu prendre

un volume assez considérable pour amener par distension l'inflammation ou l'ulcération de la peau.

On ne peut donc pas dire que le pronostic de ces kystes soit grave, seulement la durée de la maladie (la terminaison spontanée étant très rare), la possibilité d'une récidive et enfin la gêne qu'elle peut apporter à quelque fonction, en font une des affections les plus ennuyeuses et les plus rebelles de la femme.

DIAGNOSTIC.

Kystes séreux. — On ne confondra pas, dit Brochon, les kystes du ligament rond avec l'hydrocèle dartoïque ; les premiers ont leur siège au niveau de l'anneau et vont en se prolongeant du coté de la cavisé abdominale. Dans l'hydrocèle dartoïque le liquide débutera par la partie inférieure de la grande lèvre.

On distinguera l'hydrocèle d'un thrombus de la grande lèvre, au début, par l'ecchymose, la rougeur et la crépitation sanguine et plus tard par les commémoratifs, l'hydrocèle se développe sans cause appréciable.

La sonorité à la percussion, la non transparence, la réduction sont autant de signes qui serviraient à reconnaître une hernie, si on était en présence d'une tumeur de la grande lèvre se prolongeant dans le canal inguinal.

Quant au liquide qui pourrait être sécrété dans un ancien sac herniaire, on n'aura guère à s'en préoccu-

per, le fait étant fort rare. Au besoin, on se renseignerait sur l'évolution de l'hernie à laquelle le kyste a succédé.

Kystes hématiques. — Ils n'ont pas de siège constant. S'ils occupent la partie postérieure de la grande lèvre, ils sont en général moins bien limités que les kystes glandulaires. D'ailleurs les commémoratifs seront d'une souveraine utilité et le diagnostic sera fait si la malade déclare que la tumeur s'est montrée à la suite d'une contusion d'un effort et qu'elle s'est développée avec rapidité. Parfois elle acquiert un volume considérable que les kystes de la glande n'ont jamais atteint à beaucoup près.

Kystes de l'appareil glandulaire. — Les kystes, appartenant aux variétés précédentes, sont situés, avons-nous dit, à différentes hauteurs entre l'extrémité inférieure de la grande lèvre et le canal inguinal, quelquefois ils occupent tout l'intervalle compris entre ces deux points, tandis que les kystes muqueux occupent le tiers inférieur des grandes lèvres, se détachent nettement des parties voisines et laissent intact tout le segment supérieur de la vulve. Dans les kystes de la glande, on peut toujours arriver à sentir le pédicule formé par les vaisseaux et les nerfs qui relient étroitement ces kystes à la branche ascendante de l'ischion ; enfin la ponction donnera un liquide ordinairement épais, filant, contenant des globules muqueux et ne se coagulant pas par la chaleur.

Parmi les maladies de la glande vulvo-vaginale qui

pourraient faire croire à la présence d'un kyste il faut citer :

Les abcès. Dans ce cas il y a de la rougeur à la peau, le toucher est plus ou moins douloureux. La malade a souvent de la fièvre et éprouve la sensation pénible de battements artériels. La marche de l'affection n'est pas la même, l'évolution de l'abcès a lieu en deux ou trois jours, la douleur sourde du début devient lancinante avec irradiations dans la cuisse correspondante. La station debout est pénible et la malade pour marcher est obligée d'écarter les jambes.

L'hypersécrétion de la glande. En comprimant la tumeur, en l'exprimant pour ainsi dire, on arrivera à réduire son volume par expulsion du liquide au dehors.

L'engorgement. Les kystes diffèrent de l'engorgement, dit Huguier, par leur marche et leur durée qui sont en général plus lentes et plus longues, leur insensibilité propre, leur forme encore plus régulièrement arrondie que celle de l'engorgement, la régularité de leur surface, leur consistance uniforme, leur fluctuation et souvent la possibilité de reconnaître la glande elle-même sur un des points de leur circonférence, leur face externe par exemple si c'est le conduit qui s'est converti en kyste.

Nous signalerons enfin quelques autres affections qu'on ne risque pourtant guère de confondre avec les kystes que nous venons d'étudier.

L'œdème simple est diffus, ne reste pas limité à la partie postérieure de la grande lèvre. La peau est tendue, lisse, décolorée ; elle est molle, pâteuse ; en la pinçant entre deux doigts on forme un pli qui persiste pendant quelques instants. De plus, l'affection sera rarement cantonnée à la vulve et l'on pourra presque toujours la rattacher à une maladie plus générale.

L'œdème scléreux qui accompagne certaines syphilides et sur lequel M. Fournier a appelé l'attention dans ses leçons cliniques « consiste en un e tuméfaction avec rénitence singulière. Les grandes lèvres, tout en restant indolentes, acquièrent un volume double, triple, quadruple de leurs proportions normales, et en même temps durcissent d'une façon étrange. La dureté qu'elles présentent dans ces conditions n'est ni celle de la tension œdémateuse qui se laisse déprimer sous le doigt, ni celle de l'engorgement inflammatoire à rénitence pâteuse, c'est une sorte de dureté sui generis, sèche, élastique, non dépressible, parcheminée. C'est la dureté du sclérème en un mot.... Enfin, les grandes lèvres affectées de cette façon sont généralement d'un rouge sombre, et les petites, d'un rouge assez vif. »

Les abcès stercoraux, ceux du sac dartoïque, présentent, comme les abcès de la glande, des phénomènes réactionnels et inflammatoires qui permettront de n'avoir aucun doute sur la nature de la maladie.

Les abcès ossifluents, par leur volume, le lieu où ils se développent, leur réductibilité plus ou moins complète, sont en général aisément reconnus. Pour

faire le diagnostic, on étudiera attentivement la marche de l'affection et on recherchera si des douleurs ne se sont pas montrées auparavant ou n'existent pas encore, sur quelque point du squelette éloigné de la collection purulente.

TRAITEMENT.

Les divers moyens de traitement proposés sont nombreux, nous les passerons rapidement en revue, nous ferons connaître en dernier lieu celui auquel nous croyons devoir donner la préférence.

Huguier dit avoir vu deux petits kystes disparaître dans l'espace d'un mois, grâce au traitement antiphlogistique institué; voici le précepte qu'il donne à cet égard : « Si l'affection est récente, peu volumineuse, à marche aiguë, si surtout elle s'est manifestée après une irritation, une inflammation, une hypersécrétion purulente, un abcès des organes sécréteurs ; s'il existe encore du gonflement et de la douleur dans les parties environnantes, il faut d'abord avoir recours aux émollients, aux adoucissants et aux antiphlogistiques locaux, il arrive quelquefois que par ces moyens on fait cesser les causes qui ont amené la coarctation ou l'oblitération des voies excrétoires de l'appareil glanduleux, et le kyste se vide peu à peu insensiblement du liquide qu'il renferme. Ces moyens peuvent encore agir en rétablissant l'équilibre entre l'exhalation et la sécrétion, ou bien en faisant cesser

la sécrétion du pus et en rendant au mucus sa fluidité normale. »

Si on est en présence d'un kyste du conduit avec inflammation des grandes lèvres, on fera bien, en effet, d'employer les émollients, dans le but de faire diminuer et disparaître l'inflammation et d'obtenir la désobstruction du canal. Nous pensons cependant qu'il ne convient pas d'insister pendant des semaines sur le traitement antiphlogistique ; si, au bout d'une quinzaine de jours on a échoué, on devra l'abandonner et avoir recours à un traitement chirurgical proprement dit.

Quant aux autres kystes, ils paraissent peu susceptibles d'être modifiés par les antiphlogistiques ; il serait difficile d'ailleurs de montrer de quelle façon ces derniers pourraient agir.

Si on se contente d'une ponction simple ou d'une petite incision, le kyste, dont le contenu est souvent très épais, se vide mal, la petite plaie se cicatrise promptement et la récidive ne se fait pas attendre, ou si la cicatrisation n'a pas lieu on voit une fistule s'établir.

Si la disposition des parties permettait d'exercer une compression suffisante, une fois la ponction faite, on pourrait peut-être assurer ainsi la guérison ; l'essai a été fait, mais n'a pas réussi.

On a reconnu bien vite la nécessité de pratiquer de grandes incisions.

Velpeau la fait sur le côté externe ; il évite ainsi le contact de l'autre lèvre qui au lieu de gêner l'écoule-

ment du pus presse et l'aide à sortir (Gazette des hôpitaux 1848, p. 94).

Robert, l'incision faite, cautérise avec le nitrate d'argent (Archives de médecine, t. II, p. 184).

Blandin étend l'incision de la partie antérieure à la partie postérieure de la vulve et conseille de tamponner le fond de la plaie avec de la charpie parce que ces kystes ont une tendance à laisser des fistules. (Gazette des hôpitaux 1847, p. 347).

Bois de Loury pratique des scarifications aux parois du kyste, ou, saisissant çà et là une partie de ces parois avec une pince à griffes, il en résèque plusieurs lambeaux; la pince a griffe est préférable à la pince à disséquer, à cause de l'adhérence souvent grande des parois aux parties voisines.

Huguier, pour les kystes de l'appareil glanduleux, imite cette pratique lorsqu'il a affaire à des femmes courageuses ; mais pour celles qui sont nerveuses et craintives, il se contente de faire une large incision puis de remplir la cavité du kyste de charpie sèche, ou recouverte d'une légère couche de styrax, d'onguent basilicum, suivant le degré d'inflammation qu'on voudra produire.

L'incision, selon lui, doit avoir de 3 à 4 cent. d'étendue, être dirigée parallèlement au grand diamètre de la lèvre et être pratiquée, afin de la rendre moins visible et moins désagréable, dans le fond soit du pli nympho-labial, soit du pli génito-crural, suivant le siège de l'affection.

Si les parois du kystes sont épaisses, après avoir incisé la tumeur, il en cautérise tout de suite l'intérieur

soit avec du nitrate d'argent, soit avec un pinceau imbibé de nitrate acide de mercure, en prenant la précaution d'en laisser couler le moins possible sur les parties environnantes. La cautérisation aurait l'avantage sur les scarifications et l'excision partielle disséminée d'être beaucoup plus expéditive et plus sûre. De plus, Huguier ne l'a jamais vue être suivie d'accidents.

La cicatrice qui succède à l'incision est d'une configuration variable : tantôt elle se présente sous l'aspect d'une saillie rougeâtre et un peu plus ferme que ne le sont les parties voisines, tantôt sous celui d'un disque légèrement déprimé et plus rouge que les autres parties de la muqueuse. Au bout d'un certain temps, de cinq ou six mois par exemple, cette saillie ou ce disque concave, au lieu d'être plus rouge que les parties environnantes, est plus pâle et luisant. Il faut éviter de les prendre pour des cicatrices de chancre. D'autres fois enfin, la cicatrice de ces kystes s'offre sous forme de fente qui mène dans un cul-de-sac muqueux qui peut avoir plusieurs millimètres de profondeur (Huguier).

On a proposé l'extirpation complète du kyste. On trouve dans le bulletin anatomique de 1852, p. 471, une observation où il est fait mention d'un kyste de la glande extirpé par Chassaignac. Huguier n'est pas partisan de cette méthode de traitement. C'est, dit-il, une opération toujours longue, douloureuse et souvent impossible à cause des appendices que les kystes envoient fréquemment dans les parties environnantes; elle laisse à sa suite une cicatrice toujours

visible et plus désagréable que celle qui résulte de l'emploi des autres méthodes. En pratiquant l'excision partielle disséminée ou la cautérisation on n'a pas à craindre la récidive. Je suis convaincu que plus d'une fois, on a pris pour la récidive d'un kyste opéré par excision la manifestation d'un nouveau kyste qui existait au moment de l'opération du premier et qui avait échappé à l'investigation du chirurgien à cause de son exiguité. L'anatomie pathologique nous a démontré et nous l'avons dit plus haut, qu'avec un kyste d'un certain volume, il en existe assez fréquemment dans le voisinage de très petits qui ne sont pour ainsi dire que de simples dilatations des granulations de la glande, dilatations qui continuent à croître, se convertissent en véritables kystes et en imposent pour la réapparition du premier. Dans ces cas, l'extirpation complète de la tumeur ne met pas plus la malade à l'abri de la réapparition d'une semblable maladie, que l'excision. L'extirpation de la glande peut seule préserver d'une récidive.

M. A. Guérin attache une grande importance à l'ablation de la presque totalité du kyste. Il a pratiqué deux fois cette opération et avec succès.

Si on était en présence d'un kyste cloisonné, ne se vidant jamais complètement, malgré les ponctions faites en divers points, on pourrait imiter la conduite du Dr Boureau de St-Lazare qui énucléa en entier un hématome de la grande lèvre périglandulaire. Le fait a été rapporté par le Dr Canivet son interne, dans le Bulletin de la Soc. anat. de Paris 1875, p. 440.

Plusieurs chirurgiens ont substitué à l'incision tou-

jours redoutée par les malades la ponction suivie d'injection iodée. Nous avons vu récemment M. le professeur Gosselin employer ce mode de traitement à l'égard d'une malade de son service, qui présentait, à la grande lèvre droite, un kyste sanguin, d'origine traumatique, et dont l'existence remontait à quatre ans. Voici comment procède le savant chirurgien de la charité : la ponction faite et le liquide évacué, on doit faire successivement trois lavages avec de l'eau tiède, puis finalement une injection de teinture d'iode au tiers. On retient pendant 4 minutes la solution iodée dans la cavité kystique après quoi on la fait sortir, on retire la canule et on applique un peu de collodion sur la petite plaie.

Le plus souvent, suivant M. le professeur Gosselin le liquide ne se reproduit pas, soit qu'on ait provoqué une inflammation adhésive, grâce à laquelle les parois du kyste se sont soudées, de telle façon qu'aucune cavité ne subsiste plus, soit qu'une modification ait été apportée dans la constitution des parois qui sont devenues inaptes à reproduire le contenu.

Chez l'opérée dont nous parlions, on constatait au bout de quelques jours, qu'un peu de liquide s'était reformé ; mais bientôt sous l'influence du repos continu et d'application en compresses de chlorhydrate d'ammoniaque (15 p. 100 d'eau), la tumeur ne tarda pas à s affaisser considérablement et la malade put, moins de trois semaines après l'opération, quitter l'hôpital avec l'espoir justement fondé qu'elle était délivrée à tout jamais de l'incommodité qui l'avait forcée à y entrer.

Cependant il serait téméraire de toujours compter sur un tel succès. Il arrive assez souvent que, pour les kystes glandulaires, le moyen échoue. M. Leroux (Thèse de Paris, 1878) donne les résultats qu'il a obtenus; la plupart sont peu favorables; il cite d'autres chirurgiens qui n'ont pas été plus heureux, de telle sorte qu'il condamne sans pitié la méthode. Ce jugement nous parait sévère d'autant plus que chacun sait qu'une modification, même légère, apportée dans le manuel opératoire peut influer considérablement sur le résultat.

Les injections d'alcool, que M. Monod avait vu réussir souvent dans le traitement de l'hydrocèle et de certains kystes, furent essayées plusieurs fois à Saint-Lazare par M. le Dr Boureau, chez des femmes atteintes de kystes muqueux de la vulve. Mais les récidives fréquentes qu'il observa ne l'encouragèrent pas à continuer.

Il nous reste enfin à parler des injections au chlorure de zinc. M. Leroux, dont la thèse a surtout pour but de montrer la valeur de ce procédé, donne des détails très intéressants sur le mode de traitement expérimenté et proposé par M. Théophile Anger dans un travail lu à la Société de Chirurgie, et sur lequel M. le Dentu a fait un rapport qui conclut en faveur des opinions de l'auteur. « M. Anger, dit le rapporteur, a cherché avant tout à faire disparaître une difficulté que la pratique avait révélée depuis longtemps dans le traitement des kystes à contenu muqueux. C'est une notion vulgaire que les substances irritantes employées sous forme d'injections échouent le plus

souvent contre la résistance que le liquide visqueux, auquel on les mélange, oppose à leur diffusion, leur action sur la paroi reste insuffisante et la guérison n'a pas lieu, ou bien elle n'est que temporaire et tout est à recommencer.

« L'insuccès, qui est presque la règle en pareil cas, a donné naissance aux méthodes plus radicales, dans lesquelles l'ouverture des kystes, leur cautérisation à ciel ouvert, sont souvent combinées, l'incision seule n'étant applicable qu'aux kystes développés dans les bourses séreuses et pouvant même alors rester inefficace.

« En tout cas la suppuration est l'intermédiaire obligé entre l'acte opératoire et la guérison, elle guérit en modifiant profondément la structure de la paroi.

« M. Théophile Anger a pensé que l'on pourrait arriver au même but sans le secours de cette suppuration prolongée, et il a appliqué à la réalisation de son idée un des caustiques les plus puissants dont dispose la chirurgie.

Pousser l'irritation de la paroi assez loin pour la modifier profondément et écarter les chances de récidive, mais pas assez loin pour provoquer la formation du pus; faire concourir à la résorption du contenu les modifications chimiques que son mélange avec le chlorure de zinc doit forcément y apporter; tel était le plan à exécuter. »

M. Th. Anger s'assure d'abord de la natare du contenu en faisant une ponction avec sa seringue de

Pravaz; si ce liquide est muqueux, filant, il injecte alors 4 ou 5 gouttes de la solution suivante :

Chlorure de zinc. . . .	0, 10 centigr.
Eau distillée.	5 gr.

Dès que l'injection est faite, il aspire dans le corps de pompe un peu de liquide du kyste, afin d'éviter qu'il ne s'écoule de la canule quelques gouttes du caustique qui pourraient enflammer les bords de la petite plaie faite par la piqure.

Il se développe quelques heures après une inflammation assez vive, le kyste devient tendu, douloureux, ces phénomèmes inflammatoires durent de douze à quatorze heures et finissent par se calmer; tout rentre dans l'ordre, la malade ne ressent plus aucune douleur, le kyste diminue petit à petit de volume et finit par disparaître dans l'espace de quinze jours. Comment agit le chlorure de zinc? A quelle action chimique est due la disparition du kyste? M. Th. Anger assimile l'action du chlorure de zinc sur le liquide muqueux à celle des acides digestifs sur l'albumine (Leroux, thèse citée).

La méthode est ingénieuse et les succès qu'elle a fournis certains; mais la guérison est achetée au prix d'une douleur très vive qui dure des heures. Nous savons en outre que plusieurs fois le caustique a provoqué l'apparition de la gangrène; aussi, croyons-nous, pour ces raisons, devoir substituer à cette méthode qui n'est pas sans présenter de graves inconvénients un procédé plus pratique et moins périlleux.

M. le Dr Chéron qui a eu maintes fois l'occasion d'opérer des kystes de la grande lèvre tant dans son service à Saint-Lazare, qu'à sa clinique ou dans la clientèle privée, après avoir usé des divers moyens recommandés et les avoir comparés tant au point de vue du manuel opératoire, que des résultats obtenus, a adopté le traitement par la ligature élastique.

L'opération en effet est simple, non douloureuse, efficace ; il y a de quoi satisfaire médecin et malade.

L'idée d'appliquer les fils de caoutchouc à la division des tissus est de date récente. La priorité du procédé opératoire revient incontestablement à M. Grandesso Silvestri de Vicence qui publia sur la question un premier travail en 1862, puis un deuxième en 1871.

En 1873 le professeur Dittel communiquait à la Société de médecine de Vienne deux cents observations dans le but de faire connaître les effets de la ligature élastique.

On doit dire cependant qu'en 1855 Trousseau avait amputé une partie de la langue par la ligature élastique et même dès 1852 un chirurgien anglais aurait pratiqué une opération à l'aide d'un lien de caoutchouc (Monod, thèse d'agrég. 1875, de l'Exérèse).

Dans ces dernières années les chirurgiens se sont servi fréquemment de la ligature élastique, soit comme moyen de diérèse (fistule à l'anus, phimosis), soit comme moyen d'exérèse (tumeurs, polypes, etc...). M. Cheron y a eu recours pour les kystes vulvaires et a été le premier, croyons-nous, à faire connaître l'excellence du procédé dans le traitement de ces affections.

Dans la Revue médico-chirurgicale des maladies des femmes, publiée et fondée par M. le Dr Chéron, on trouve exposé en quelques lignes (décembre 1879) les différents temps de l'opération et les soins consécutifs qu'il convient de donner à la malade. On nous pardonnera d'être moins sobre de détails dans la description que nous allons donner.

M Cheron se sert du trocart qu'il a fait construire pour l'opération de la fustule anale; c'est un trocart mince qui n'a guère que 2 millimètres de diamètre et 15 centimètres de longueur environ, il est légèrement incurvé. On le plonge à la partie supérieure de la tumeur, par conséquent en un point variant avec le siège du kyste, pour le faire sortir ensuite à la base. Il est préférable de commencer par le point le plus élevé afin de ne pas être gêné tout d'abord par l'écoulement du liquide contenu dans la cavité. Souvent il existe sous la peau ou sous la muqueuse de grosses veines dilatées ; on prendra soin de les éviter en pratiquant les deux ouvertures supérieure et inférieure. Le kyste étant traversé ainsi dans toute son étendue, le trocard retiré, un aide maintient en place la canule dans laquelle le chirurgien introduit de haut en bas le porte-fil. On se sert d'un fil de caoutchouc ayant un millimètre carré de section environ que l'on a étiré auparavant dans le but de s'assurer de son bon état et de sa solidité.

On saisit l'extrémité inférieure de ce fil après son passage à travers la canule que l'on retire de bas en haut ; le fil élastique se trouve ainsi avoir pris la place du trocart. Les deux chefs du fil sont ramenés l'un

vers l'autre au-devant de la tumeur et passés dans l'orifice central que présente un petit bouton de buis auquel M. Chéron a donné le nom de nœud artificiel. Sur les parties latérales de ce bouton, aux deux extrémités d'un même diamètre ont été pratiquées, à l'aide d'un trait de scie deux petites encoches dans lesquelles on peut faire pénétrer aisément le fil de coutchouc étiré et aminci, mais qui l'y retiennent solidement fixé une fois qu'on l'abandonne à lui-même.

Les dimensions du bouton sont arbitraires. Ceux que nous avons entre les mains ont 1 cent. 1/2 de diamètre, 5 millimètres d'épaisseur.

On fait glisser le bouton sur les deux brins de fil jusqu'à ce qu'une de ses faces vienne presser la tumeur, on tend le fil de manière à obtenir le degré de constriction voulue, puis on le fixe, en engageant chacune de ses extrémités dans une des entailles latérales. On a ainsi un instrument qui permet de serrer ou de desserrer le fil sans risquer de faire mal à la malade. De plus, le fil est solidement maintenu et ne peut se desserrer de lui-même.

Dans les deux opérations de kystes que nous avons vu pratiquer par M. Chéron à l'aide de cette ligature élastique, les malades n'ont pas été endormies et n'ont souffert qu'au moment où le trocart transperçait les téguments. D'ailleurs, on peut rendre cette douleur à peu près nulle à l'aide de vaporisation d'éther sur la région ; l'anesthésie est presque complète avec le vaporisateur à deux becs que M. Chéron a fait construire.

Les malades peuvent rentrer chez elles une fois

l'opération terminée, seulement, elles doivent, deux fois par jour, faire des lotions avec la solution aqueuse d'acide picrique (au centième, c'est-à-dire saturée), et tenir sans cesse un plumasseau de charpie, imbibée de cette solution, sur les orifices qui donnent passage au fil ; grâce à ce remarquable antiseptique, on n'a à redouter ni lymphangite, ni septicémie, la section se fait sans accident et la malade peut ne garder qu'un repos relatif. Au bout de quelques jours, le kyste est complètement vide ; à mesure que la section se fait, les bords de la partie sectionnée contractent des adhérences avec la face profonde du kyste ; on resserre, si besoin est, le fil, et enfin la section est complète vers le huitième ou le dixième jour ; à la chute du fil on a un orifice ne mesurant que 1 ou 1 cent. et demi dans son plus grand diamètre. En effet, la présence du fil élastique, dans l'intérieur du kyste, irrite la face profonde de la poche, comme le ferait tout corps étranger et détermine l'adhérence des bords de la section avec la face postérieure du kyste, qui est venue se mettre en contact avec la face antérieure, puisque le contenu de la tumeur s'échappe presque totalement, dans les premières heures qui suivent l'opération, par les orifices créés par le passage du trocart. De la sorte, il n'y a plus de poche et par ce fait, on est à l'abri de toute récidive. Il est facile de constater l'adhérence de la cicatrice avec les parties profondes ; si on la saisit et si on tente de la déplacer, on reconnaît qu'on ne peut l'isoler ni la mobiliser.

On continue pendant une dizaine de jours à panser la plaie avec la solution alcoolique d'acide picrique

et la cicatrisation ne tarde pas à être complète. (La solution alcoolique qu'emploie M. Chéron renferme 10 parties d'acide picrique pour 100 parties d'alcool à 90°.)

Nous avons vu le même traitement être appliqué aux tumeurs que nous avons décrites sous le nom d'abcès à répétition et produire les meilleurs effets. Voici d'ailleurs les résultats que M. Chéron a obtenus par sa méthode et qu'il a bien voulu nous communiquer : 31 kystes du conduit, 5 hématomes ou thrombus, 45 abcès à répétition ont été opérés à l'aide du fil élastique ; dans aucun cas l'insuccès n'a été constaté, et cependant les malades, pour la plupart, ont été suivies avec soin et revues plusieurs mois après l'opération.

On pourrait croire qu'en faisant disparaître un kyste du conduit par le procédé que nous venons d'indiquer, c'est-à-dire en provoquant l'adhérence des parois de la poche entre-elles, le canal excréteur de la glande s'oblitère et que des kystes par rétention vont se développer dans les granulations de la glande ; il n'en est rien; ou bien l'oblitération est complète et la glande s'atrophie à bref délai, ou bien un trajet flexueux, irrégulier, sinueux, persiste, qui permet aux produits de sécrétion de s'échapper au dehors.

Pour les kystes qui siègent, au dehors du conduit, dans la glande même, kystes qui sont en général plus petits, plus profondément situés, moins apparents, et que le médecin découvre souvent avant que la malade ne soupçonne leur existence, M. Chéron se

contente de les broyer en les pressant fortement entre les doigts. Trois fois le moyen a réussi.

Il nous reste à rappeler en terminant les préceptes généraux qui doivent guider le chirurgien appelé à pratiquer une opération, même peu grave, sur les organes génitaux de la femme.

MM. Verneuil et Tarnier avec d'autres auteurs, conseillent de s'abstenir de toute intervention chirurgicale pendant la grossesse à moins d'urgence absolue (Cornillon, thèse de Paris, 1873).

On sait, en effet, que l'avortement peut-être la suite des lésions chirurgicales et traumatiques, et ce sont surtout les opérations pratiquées sur les organes génitaux externes et internes qui provoquent cet accident. Tantôt ce sont la fièvre traumatique, l'érysipèle ou une autre complication inflammatoire qui l'ont occasionné ; tantôt il n'y a eu aucune complication ; ainsi, de simples scarifications de la vulve ont amené ce fâcheux résultat.

Si la femme n'est pas enceinte, il faudra tenir compte des époques menstruelles et n'instituer le traitement que pendant les quinze jours où les organes sexuels sont regardés comme étant en repos, période qui commence quelques jours après la disparition du flux menstruel et finit une huitaine de jours avant son retour.

On se souviendra, l'opération faite, que les lésions chirurgicales ou traumatiques peuvent accélérer la fonction menstruelle en amenant, jusqu'à huit à dix jours d'avance , où la retarder pendant un temps variable, ou enfin déterminer, en dehors de l'époque

menstruelle, une épistaxis utérine, ordinairement de courte durée (deux jours), sans symptômes concomitants et qui n'agit que faiblement sur l'époque menstruelle suivante. (Terrillon, Troubles de la menstruaion après les lésions chirurgicales ou traumatiques. Progrès médical, 1874.)

OBSERVATIONS

Observation I. — (Empruntée au journal de M. Chéron, Revue médico-chirurgicale des maladies des femmes, 15 déc. 1879.)

Dilatation du conduit de la glande vulvo-vaginale transformée en kyste hématique.

Mme Jeanne S..., âgée de 50 ans, se présente à notre clinique atteinte d'une dilatation du conduit excréteur de la glande vulvo-vaginale transformée en kyste.

Cette malade a eu 5 enfants, elle a toujours été mal réglée; mais depuis plus de quinze ans, elle est sujette à des poussées congestives de nature hémorrhagipare qui amènent de temps en temps des pertes de sang peu abondantes, mais souvent répétées.

A la suite de ses premiers accouchements, elle a vu apparaître sur les deux membres inférieurs et sur les organes génitaux externes de nombreuses varices.

Aujourd'hui elle vient se présenter à la consultation, parce que, dit-elle, il lui est survenu aux parties extérieures une petite grosseur, qui non seulement la gêne depuis trois mois, mais rend plus fréquentes et plus douloureuses les poussées conjonc-.ives dont elle souffre depuis si longtemps.

Le toucher fait reconnaître le volume énorme du col de l'utérus, l'empâtement des culs-de-sac et les dilatations variqueuses que l'on retrouve surtout très développées dans le cul-de-sac latéral gauche.

Au speculum, le col se présente gros et large d'une couleur rouge violacée, l'orifice largement ouvert.

A la base de la grande lèvre gauche existe une tumeur ronde de la grosseur d'un œuf de poule et se portant vers l'orifice vulvaire; la consistance de cette tumeur est celle que donne une poche fermée de tous côtés et fortement distendue par un liquide.

C'est en vain que nous essayons de faire sortir le liquide par l'orifice de la glande et que nous tentons d'introduire un stylet mousse dans le conduit.

D'ailleurs cette petite tumeur n'est point douloureuse au toucher, elle est bien limitée et il n'existe aucune inflammation ni même aucun empâtement du tissu cellulaire de la grande lèvre.

La malade désirant être débarrassée promptement de cette petite infirmité qui la gêne pour l'exercice de sa profession (cette malade est blanchisseuse), nous avons recours séance tenante à la division du kyste de haut en bas à l'aide de la ligature élastique.

Au moment où le trocart est retiré, il s'écoule une sorte de bouillie noirâtre qui n'est autre que du sang altéré épanché depuis longtemps dans cette cavité naturelle fortement dilatée. Nous avons donc affaire ici à un véritable kyste hématique comme nous l'avions supposé avant d'en faire l'ouverture.

La malade que nous n'avons pas jugé à propos d'endormir ne se plaint pas d'avoir souffert, et il n'y a pas lieu de s'en étonner, car le passage d'un trocart filiforme à travers cette tumeur fortement étreinte entre les doigts de l'opérateur ne produit qu'une douleur tout à fait insignifiante.

La malade après s'être quelques instants reposée à la clinique regagne son domicile sans difficulté.

Nous lui recommandons de répéter deux fois par jour les lotions avec la solution aqueuse d'acide picrique et de tenir sans cesse un plumasseau de charpie imbibé de cette solution sur les orifices que nous venons de pratiquer.

Deux jours après, le kyste est complètement vide, la section est largement commencée et les bords de la partie sectionnée adhè-

rent déjà à la face profonde du kyste. Au huitième jour, la section est complète, il a été nécessaire de resserrer le fil élastique deux jours avant pour la terminer.

A la chute de la ligature, l'orifice présente une longueur de quinze millimètres à peu près, et ce n'est qu'en dehors, sous la lèvre externe qu'on peut passer le stylet mousse sur un point du bord de la section qui n'adhère pas encore au fond du kyste.

La plaie est stimulée avec la solution alcoolique d'acide picrique et dix jours plus tard la réparation est complète. Il ne reste plus qu'une cicatrice linéaire, un peu plus déprimée que les tissus adjacents parce qu'elle adhère au tissu profond qui représente la paroi postérieure du kyste.

Observation II.

Kyste muqueux du conduit.

Madame P..., 24 ans, arrive à la clinique de M. Chéron, le 31 janvier.

Réglée à 15 ans, toujours très régulièrement, elle n'a jamais eu d'enfants ni de fausses couches.

Elle jouit d'une très bonne santé.

Atteinte depuis deux ans d'un kyste de la glande de Bartholin, elle a été opérée, il y a un an, par un des médecins de St-Lazare, qui fit une incision avec le bistouri. Six semaines après le kyste avait reparu.

Aujourd'hui on aperçoit à l'entrée de la vulve une tumeur de la grosseur d'une noix qui fait saillie sur la face interne de la grande lèvre droite.

La peau est mobile sur la tumeur qui est manifestement fluctuante. On ne provoque pas de douleur par la pression.

L'opération est pratiquée le 31 janvier. Lorsque le trocart est retiré, un liquide limpide filant et visqueux s'écoule lentement. On facilite sa sortie en exerçant une légère pression. Le fil ayant été placé comme nous l'avons indiqué, la malade se retire. On lui ordonne le pansement à l'acide picrique au centième et des lotions au salicylate de soude (solution au dixième).

Elle revient le 9 février, le fil était tombé depuis deux jours. Il

existait une petite plaie qui avait un peu plus d'un centimètre de long et dont l'état était très satisfaisant.

Le 21 février, la malade était entièrement guérie. On sentait la cicatrice adhérente aux tissus sous-jacents.

Observation III.

Kyste purulent du conduit.

Félicie C..., âgée de 31 ans, marchande des quatre saisons, se présente à la clinique de M. Chéron, le 20 juin.

Elle a eu un enfant à l'âge de 23 ans, pas de fausses couches. Les règles sont ordinairement abondantes.

La santé est à peu près bonne; l'appétit irrégulier; la malade avoue d'ailleurs qu'elle use largement de diverses boissons alcooliques.

Elle s'aperçut, il y a quatre ou cinq ans, qu'une grosseur lui venait aux parties. Elle laissa plus d'un an s'écouler avant de se décider à voir un médecin. On lui fit alors une ponction qui amena un liquide trouble, dit-elle, puis une injection avec un liquide très coloré, ce qui lui causa quelque douleur. Moins de quinze jours après la tumeur avait repris le volume qu'elle avait avant l'opération; depuis, elle n'a fait qu'augmenter. Enfin, dans ces derniers mois, une douleur peu vive, il est vrai, mais pourtant réelle, est venue s'ajouter, principalement au moment des règles, à la gêne qu'avait toujours ressentie la malade.

On procède à l'examen et on trouve placée à la partie inférieure de la grande lèvre gauche, une petite tumeur indolente, dure, rénitente qui roule sous la peau et donne la sensation d'un corps sphérique maintenu par un pédicule.

Cette tumeur, étant donné sa situation et son mode de développement, est considérée par M. Chéron, comme un kyste muqueux du conduit de la glande de Bartholin, contenant probablement une certaine quantité de pus, à la suite des poussées inflammatoires qu'il paraît avoir subies.

L'opération justifia le diagnostic.

Le traitement fut celui que nous avons décrit: trois semaines après, toute trace de l'affection avait disparu, sauf une cicatrice longue de trois centimètres qui adhérait aux parties profondes.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE.

Abeille. — Traité des hydropisies et des kystes, 1852.
Amussat. — Traitement des kystes séro-sanguins par l'électricité Tribune médicale, nov. 1873.
Aubenas. — Des tumeurs de la vulve. Thèse d'agrégation de Strasbourg, 1860.
Audibert. — Thèse de Paris, 1812.
Bartholin. — De ovariis mulierum. Romæ, 1677.
Begin. — Dict. de méd. et de chir. en 15 vol., 1833.
Besaucèle. — Etude sur les épanchements sanguins anciens dans le tissu cellulaire sous-cutané. Thèse de Paris, 1874.
Blot. — Des tumeurs sanguines de la vulve et du vagin pendant la grossesse et l'accouchement. Thèse d'agrég., Paris, 1853.
Boer. — Naturali medicinæ obstetricæ libri septem. Vienne, 1812.
Boys de Loury. — Observations sur les kystes ou les abcès des grandes lèvres. Revue médicale, 1840, tome IV.
Broca. — Traité des tumeurs. Paris, 1869.
Brochon. — Essai sur l'hydrocèle dartoïque chez la femme. Thèse de Paris, 1859.
Chegoin (Hervez de). — Journal universel et hebdomadaire de médecine, 1832,
Cornillon. — Des accidents des plaies pendant la grossesse et l'état puerpéral. Thèse de Paris, 1873.
Debrade. — Etude sur l'hydrocèle des sacs herniaires anciens. Thèse de Paris, 1878.
Deneux. - Mémoire sur les tumeurs sanguines de la vulve et du vagin, 1830.
Desault. — Journal de chirurgie, tome I.
Descomps. — Tumeurs sanguines vulvaires et prévulvaires en dehors de la grossesse et de l'accouchement. Thèse de Paris, 1871.
Fleming. — Gazette des hôpitaux, n° 31, 1855.
Griffon. — Thrombus de la vulve et du vagin. Thèse de Paris, 1872.
Gornard-Chantreau. — Tumeurs kystiques. Injections interstitielles de chlorure de zinc. Thèse de Paris, 1880.
Guérin (A.). — Maladies des organes génitaux externes chez la femme, Paris, 1864.
Huguier. — Maladies des appareils sécréteurs des organes génitaux de la femme. Mém. de l'Acad. de méd., 1850, tome XV.

LAUGIER. — Contusion. Dict. de méd. et de chir. pratique, tome IX, p. 312, 1868.

LEROUX. — Kystes de la glande vulvo-vaginale. Thèse de Paris, 1878.

MARCHAND et VERNEUIL. — Contusion. Dict. encyclop. des sciences méd., tome XX, 1re série, 1877.

MARJOLIN. — Kystes. Dict. en 30 vol. Paris, 1838.

MOREL-LAVALLÉE. — Epanchement traumatique de sérosité. Archives gén. de méd., 5e série, tome I, 1853.

MORPAIN. — Etudes anatomiques et pathologiques des grandes lèvres. Thèse de Paris, 1852.

NÉLATON. — Path. chirurg., tome V.

PARÉ (A.). — Œuvres.

PLAZZONI. — De partibus generationi inservientibus. Padoue, 1631.

POPULUS. — Du thrombus de la vulve et du vagin. Thèse de Paris, 1857.

PELTIER. — Etudes sur les épanchements traumatiques primitifs de sérosité. Mouvement médical. Paris, 1870.

REGNOLI. — Intorno l'idrocele delle donne, Pisa, 1832, ou Archives gén. de méd., 2e série, tome V, 1834.

ROMAIN. — Vulve, contusions et plaies contuses, indications. Thèse de Paris, 1872.

SACCHI. — Archives gén. de méd., 2e série, tome XXVI.

SIMON. — De la ligature élastique. Thèse de Paris, 1879.

TAVERNAUX. — Injections de chlorure de zinc dans les kystes. Thèse de Paris, 1880.

TERRILLON. — Troubles de la menstruation après les lésions chirurg. Progrès méd., 1874.

VELPEAU. — De la contusion. Thèse de concours, 1834.

— Hydrocèle chez la femme. Dict. en 30 vol., tome XV.

— Vulve (trombus). Dict. en 30 vol.

— Recherches sur les cavités closes. Annales de la chirurgie française et étrangère, tome VII, page 151. Paris, 1843.

VERNEUIL et MARCHAND. — Contusion. Dict. encyclop. des sciences méd.

VIDAL DE CASSIS. — Path., tome V.

VIRCHOW. — Path. des tumeurs. Trad. P. Aronssohn, 1867.

QUESTIONS

SUR LES DIVERSES BRANCHES DES SCIENCES MÉDICALES.

Anatomie et histologie normales. — Articulations du pied.

Physiologie. — De la déglutition.

Physique. — Electricité atmosphérique. Lésions produites par la foudre. Paratonnerres.

Chimie. — Des oxydes d'étain, de bismuth et d'antimoine ; leur préparation. Caractères distinctifs de leur dissolution.

Histoire naturelle. — Des hirudinées; leurs caractères généraux, leur classification. Des sangsues : décrire les diverses espèces de sangsues.

Pathologie externe. — Du glaucôme aigu.

Pathologie interne. — Des accidents qui se rattachent à la dentition.

Anatomie et histologie pathologique. — De l'hypertrophie du cœur.

Médecine opératoire. — De la valeur des amputations de Chopart, de Symes, de Pirogoff, sous-astragalienne et sus-malléolaire sous le rapport de l'utilité consécutive du membre.

Pharmacologie. — De la glycérine considérée comme dissolvant : caractères de sa pureté ; des glycerolés ; comment les prépare-t-on ?

Thérapeutique. — Des indications de la médication vomitive.

Hygiène. — Des bains.

Médecine légale. — Est-il indispensable pour affirmer qu'il y a eu empoisonnement que la substance toxique ait été isolée ?

Accouchements. — De la rupture prématurée des membranes.

Vu, le président de la thèse,
TILLAUX.

Vu et permis d'imprimer,
Le vice-recteur de l'Académie de Paris
A. GREARD